BIBLIOGRAFIE

VERZEKERINGSSTELSEL EN MEDISCHE CONSUMPTIE

F. Wieman

januari 1988

De bibliografie "Verzekeringsstelsel en medische consumptie" is een publikatie die deel uitmaakt van een serie van uitgaven van de afdeling Bibliotheek en Documentatie van het NIVEL.

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030-319946
Openingstijden bibliotheek: maandag t/m vrijdag 9.00-16.00 uur

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

F. Wieman

Bibliografie verzekeringsstelsel en medische consumptie / [samensteller:] F. Wieman. - Utrecht : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL
Met reg.
ISBN 90-6905-065-X
SISO 329.3 UCD 616-052:368.382(01)
Trefw.: ziektekostenverzekeringen ; bibliografieën / medische consumptie ; bibliografieën

Inhoud

- Verzekeringsstelsel en medische consumptie, een introductie

In de plannen die worden ontwikkeld om de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg in de hand te kunnen houden, neemt de hervorming van het verzekeringsstelsel een centrale positie in. Een voorstel voor een dergelijke hervorming is een hoofdbestanddeel van het rapport **Bereidheid tot verandering** van de commissie-Dekker. Het stelsel moet elementen bevatten die stimuleren tot een doelmatig en economisch gebruik van voorzieningen en die het gebruik van onnodige en overmatige zorg tegengaan.
De gedachte hierachter is dat de opzet van de ziektekostenverzekering in belangrijke mate het gebruik van produkten en voorzieningen in de gezondheidszorg beïnvloedt, door middel van prikkels die gericht zijn op gebruikers. Hierbij mag niet uit het oog verloren worden dat de gezondheidszorg in economisch opzicht ingewikkeld in elkaar steekt, in die zin dat niet alleen gebruikers de omvang en de aard van de consumptie bepalen. Beslissingen ten aanzien van het gebruik van specifieke geneesmiddelen en voorzieningen worden vaak genomen door artsen of op instigatie van artsen, de aanbieders. Op hun beurt staan artsen door de wijze waarop zij gehonoreerd worden, bloot aan financiële prikkels die in de Nederlandse situatie een doelmatig en kostenbesparend gebruik van voorzieningen niet in de hand werken. De commissie-Dekker doet dan ook aanbevelingen voor wijzigingen in de honorering van huisartsen en specialisten die de gewenste substitutie van duurdere naar goedkopere soorten van zorg moeten bevorderen.

Deze bibliografie biedt een uitvoerig overzicht van het onderzoek, voornamelijk te situeren in het vakgebied van de economie van de gezondheidszorg, naar de invloed van verzekeringsstelsels op de medische consumptie. Het hoofdaccent valt daarbij op de vraag hoe het gedrag van "consumenten" door het systeem wordt beïnvloed. Dat neemt niet weg dat in het onderzoek dat in deze bibliografie vertegenwoordigd is, eveneens aandacht wordt besteed aan de rol van "producenten", en aan de ingewikkelde samenhang tussen aanbod en vraag in de gezondheidszorg.
In de praktijk van het onderzoek wordt vaak besloten tot een afbakening van het begrip medische consumptie. Onderzoekers beperken zich in veel gevallen tot een bepaalde produkten- of voorzieningencatego-

rie, of een cluster produkten of voorzieningen. Men kan bijvoorbeeld onderzoek aantreffen dat zich in het bijzonder bezig houdt met geneesmiddelengebruik, met huisartsenbezoek, met ziekenhuisopnamen, met geestelijke gezondheidszorg, of met combinaties daarvan.

In het kader van deze introductie zal nader worden ingegaan op twee centrale objecten van onderzoek, te weten "cost-sharing" en "consumptieverschillen".

De term **cost-sharing**, te vertalen als "eigen betaling", verwijst naar financiële verplichtingen die naast de verzekeringspremie aan verzekerden worden opgelegd als zij een beroep doen op medische voorzieningen of geneesmiddelen gebruiken. De drie belangrijkste verschijningsvormen van eigen betaling zijn eigen risico, eigen bijdrage en procentuele bijbetaling.[1]
Eigen betalingen zijn erop gericht de directe kosten voor verzekeraars te verminderen en het kostenbewustzijn van gebruikers te vergroten. Dat laatste zou ertoe kunnen leiden dat onnodig gebruik van medische voorzieningen wordt afgeremd. Systemen van cost-sharing brengen echter ook het gevaar met zich mee dat er financiële obstakels worden opgeworpen in gevallen waar hulp en verzorging ontegenzeglijk nuttig en nodig zijn.
Wat werkelijk de effecten zijn van eigen betalingen in de context van verschillende verzekeringsstelsels, wordt in meerdere publikaties in deze bibliografie onderzocht en besproken. Vooral de paragrafen 2.3 en 3.3 zijn aan deze problematiek gewijd.

Consumptieverschillen tussen groepen die kunnen worden onderscheiden naar verzekeringssoort, vormen een tweede thema dat sterk in de belangstelling staat in het onderzoek naar de relatie tussen verzekering en medische consumptie. In Nederland is er het bekende gegeven dat mensen die in het ziekenfonds zitten, vaker gebruik maken van diensten van de huisarts dan particulier verzekerden. Dezelfde situatie doet zich voor bij een aantal andere medische voorzieningen. Het is van belang te weten of dit hogere gebruik aan de kant van zieken-

---

[1] Eigen betaling, eigen risico, eigen bijdrage en procentuele bijbetaling zijn de door W. van de Ven in zijn dissertatie **Studies in health insurance and econometrics** aanbevolen equivalenten van de Engelstalige begrippen **cost-sharing, deductible, copayment** en **coinsurance.** In de bibliografie worden deze termen ook zo gebruikt.

fondsverzekerden wordt veroorzaakt door eigenschappen van de ziekenfondsverzekering in vergelijking met particuliere verzekeringen (zoals de samenstelling van het verzekeringspakket of de hoogte van een eventueel eigen risico), of door iets anders. Verschillende onderzoekers komen tot de conclusie dat er toch gedeeltelijk iets anders aan de hand is; de consumptieverschillen blijken voor een deel te kunnen worden verklaard door verschillen in structuur tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen, en voor een deel door verschillen in gezondheidstoestand en leeftijd-geslachts-opbouw tussen ziekenfondspopulatie en particuliere populatie.

In de Verenigde Staten houden gezondheidszorgeconomen zich uitvoerig bezig met consumptieverschillen tussen verzekerden in HMO's (Health Maintenance Organizations) en verzekerden in het traditionele stelsel, waarin artsen per verrichting worden betaald ("fee-for-service"). In dit stelsel krijgen patiënten, afhankelijk van hun ziektekostenpolis, de volledige kosten of een deel daarvan gerestitueerd door hun verzekering.
Wat zijn HMO's?[2] HMO's zijn organisaties die verantwoordelijk zijn voor zowel de verstrekking als de verzekering van gezondheidszorg. De gebruikelijke driehoeksrelatie patiënt-hulpverlener-verzekeraar is dus veranderd in een tweezijdige relatie patiënt-HMO. HMO's stellen zich ten doel integrale, financieel toegankelijke medische zorg te bieden aan hun leden. De premiebedragen van de leden vormen het budget waarmee de HMO moet rondkomen. HMO-leden betalen een vaste periodieke premie in ruil waarvoor zij aanspraak kunnen maken op een uitgebreid pakket verstrekkingen zonder dat hiervoor noemenswaardige eigen betalingen vereist zijn. De wijze van premiestelling in HMO's gaat uit van het solidariteitsbeginsel. HMO's hebben artsen in dienst (die meestal medeverantwoordelijkheid dragen voor de financiële gang van zaken binnen de HMO), en sluiten contracten met ziekenhuizen of nemen ziekenhuizen in eigen beheer.
De term "health maintenance organization" is in 1970 geïntroduceerd als verzamelterm voor twee verschillende organisatievormen die nader worden geïdentificeerd als "prepaid group practice" (PGP) en "individual practice association" (IPA). Tussen PGP's en IPA's bestaan aan-

---

[2] De nu volgende beschrijving is ontleend aan een artikel van F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven, Health maintenance organizations: een structurele verandering in de Amerikaanse gezondheidszorg. Economisch Statistische Berichten; 70, 1985, no. 3530, p. 1111-1117.

zienlijke verschillen in organisatie en werkwijze, maar het zou te ver voeren om daar in deze introductie dieper op in te gaan.
Vastgesteld is dat HMO's over het algemeen goedkoper opereren dan fee-for-service-verzekeringen, en omdat het kostenprobleem in de Amerikaanse gezondheidszorg zo mogelijk nog nijpender is dan in andere westerse landen, wordt er belang aan gehecht om inzicht te verwerven in de oorzaken van het HMO-succes. In het onderzoek is men overigens niet alleen geïnteresseerd in kostenbeheersingsaspecten, maar ook in de gevolgen van de HMO-werkwijze voor de kwaliteit van de zorg en de gezondheidstoestand van verzekerden. Tevens wil men achterhalen of de gunstige resultaten van HMO's niet worden vertekend door oneigenlijke factoren, waarbij bijvoorbeeld te denken valt aan selectie van relatief gezonde bevolkingsgroepen.
Onderzoekers brengen het feit dat de medische consumptie in HMO's globaal genomen lager uitvalt dan in het fee-for-service-stelsel, in verband met kenmerken van de organisatiestructuur van HMO's. Die structuur heeft tot gevolg dat artsen er direct belang bij hebben om zoveel mogelijk preventief te werk te gaan, en bij de behandeling van aandoeningen te kiezen voor relatief goedkope behandelingsmethoden.

In de bibliografie is het onderzoek naar consumptieverschillen tussen groepen die verschillend verzekerd zijn, ondergebracht in de paragrafen 2.2 (voor wat betreft het Nederlandse onderzoek) en 3.2 (het Amerikaanse onderzoek).

Een belangrijk deel van de bibliografie wordt in beslag genomen door publikaties die zijn voortgekomen uit het RAND Health Insurance Experiment, een bijzonder grootschalig Amerikaans onderzoeksproject op het terrein van ziektekostenverzekeringen.[3] Dit experiment is in de jaren 70 en 80 in opdracht van de Amerikaanse regering uitgevoerd door onderzoekers van de RAND Corporation. Aan het experiment hebben 2756 gezinnen (7706 personen) in zes verschillende steden in de VS deelgenomen die voor de duur van het experiment een ziektekostenverzekering aangeboden kregen zonder hiervoor een premie te betalen. De dekking omvatte vrijwel alle vormen van medische hulp en was voor alle gezinnen gelijk; alleen de eigen bijdragen varieerden. De toe-

---

[3] Bij het schrijven van de nu volgende toelichting is gebruik gemaakt van W.P.M.M. van de Ven, Het RAND ziektekostenverzekering experiment. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 60, 1982, no. 12, p. 314-325.

wijzing van de zestien verschillende verzekeringsvormen aan de gezinnen geschiedde zodanig dat de samenstelling van de groepen met betrekking tot een aantal demografische en sociaal-economische kenmerken zoveel mogelijk gelijk was. De deelnemers kregen de garantie dat zij geen financieel nadeel zouden ondervinden als gevolg van de deelname aan het experiment. De opzet van het experiment was zodanig dat deze garanties het (ziekte-)gedrag van de deelnemers tijdens het experiment niet of nauwelijks zouden beïnvloeden.
Het RAND-experiment is opgezet om informatie te verkrijgen over de vraag naar ziektekostenverzekering en over de vele mogelijke consequenties van wijziging in de ziektekostenverzekering. Zowel de effecten van eigen betalingen als van de HMO-organisatiestructuur op de medische consumptie zijn in het RAND-experiment diepgaand onderzocht.
In deze bibliografie is (onder meer) gestreefd naar een zo volledig mogelijk overzicht van de tot dusverre verschenen publikaties waarin de resultaten van dit experiment zijn beschreven.[4]

- Verantwoording

In deze paragraaf worden enkele opmerkingen gemaakt om helderheid te verschaffen omtrent de criteria op grond waarvan publikaties voor deze bibliografie zijn geselecteerd, de bibliografische methoden die zijn toegepast om publikaties op te sporen, en de wijze waarop de referaten bij de opgenomen titels tot stand zijn gekomen.
In eerste instantie was het de bedoeling in deze bibliografie een overzicht te geven van het onderzoek naar de relatie tussen financiering van de gezondheidszorg en medische consumptie. Al spoedig bleek dat het grootste deel van de literatuur op dit terrein gericht is op een specifiek element binnen de financiering: het verzekeringsstelsel. In het definitieve concept van de bibliografie is dan ook gekozen voor een afbakening rond het thema verzekeringen. Andere aspecten van de financiering van de gezondheidszorg in verschillende landen zijn dus buiten beschouwing gelaten. Een tweede criterium, dat overigens geldt voor alle bibliografieën die door het NIVEL worden uitgegeven, is geweest dat alleen "degelijke" onderzoeksverslagen voor de bibliografie geselecteerd zouden worden. Tenslotte moet worden opge-

---

[4] De in de bibliografie opgenomen publikaties die betrekking hebben op het RAND-experiment kunnen via het trefwoordenregister (trefwoord: RAND-studie) worden teruggevonden.

merkt dat in principe publikaties die dateren van voor 1980, van opneming in de bibliografie zijn uitgesloten; dit om te voorkomen dat de bibliografie al te omvangrijk zou worden.

Om binnen de genoemde afbakening literatuur op het spoor te komen is in eerste instantie een beroep gedaan op verschillende bibliografische hulpmiddelen: literatuursearches bij een aantal instellingen, de laatste jaargangen van de Cumulated Index Medicus, en de catalogi in de NIVEL-bibliotheek. Voorts is ook dankbaar gebruik gemaakt van de literatuuropgaven bij belangrijke publikaties. Tenslotte is het nodige speurwerk verricht in recente jaargangen van relevante tijdschriften.

De titelbeschrijvingen in deze bibliografie zijn tot stand gekomen conform de richtlijnen die binnen het NIVEL worden gehanteerd. Hoe de referaten tot stand zijn gekomen, wordt verantwoord door middel van afkortingen tussen haakjes aan het einde van die referaten. De afkorting "aut.ref." geeft aan dat het betreffende referaat overeenkomt met het autoreferaat (de samenvatting die bij de oorspronkelijke publikatie wordt gegeven), en de afkorting "vert.aut.ref." betekent dat het referaat een vertaling is van het autoreferaat. In een enkel geval wordt na een referaat tussen haakjes een afkorting van de naam van een instelling genoemd, wat bedoelt aan te geven dat het referaat in die instelling is vervaardigd. De vertalingen van autoreferaten en de referaten zonder verdere aanduiding zijn geschreven door de samensteller van de bibliografie.

- Indeling van de bibliografie

In deze bibliografie is gekozen voor een indeling die is gebaseerd op de landen (en de bijbehorende gezondheidszorgsystemen) waarop de hier bijeengebrachte publikaties betrekking hebben. Nederland en de Verenigde Staten hebben ieder een eigen hoofdstuk toebedeeld gekregen, terwijl in het laatste hoofdstuk de literatuur over andere landen bij elkaar is gezet. De bibliografie opent echter met een algemeen hoofdstuk waarin publikaties zijn ondergebracht die een meer globale benadering van de relatie tussen verzekeringen en medische consumptie ten beste geven. In dit hoofdstuk is bijvoorbeeld plaats gemaakt voor studies die in hoofdzaak methodologisch zijn getint, en voor internationaal vergelijkende studies.
De forse hoeveelheid Nederlandse en Amerikaanse literatuur maakt het

zinnig om in het tweede en derde hoofdstuk een onderverdeling aan te brengen. Hoofdstuk 2, dat gewijd is aan Nederland, begint met een algemene paragraaf met hoofdzakelijk publikaties waarin statistische gegevens in geanalyseerde vorm worden gepresenteerd.
Paragraaf 2.2 bevat Nederlandse literatuur met betrekking tot de medische consumptie van naar verzekeringssoort onderscheiden groepen en de verschillen tussen die groepen, voornamelijk ziekenfonds- en particulier verzekerden. In paragraaf 2.3 is, voorzover geselecteerd voor deze bibliografie, de rapportage verzameld over het onderzoek naar effecten van eigen betalingen in het ziekenfonds en in de ziektekostenverzekeringen.
De bibliografie wordt in hoofdstuk 3 voortgezet met een uitgebreide hoeveelheid Amerikaans onderzoek. De eerste paragraaf presenteert een aantal artikelen van algemene aard die een beeld geven van onderzoeksmethoden en van de stand van zaken in het onderzoek van financiering, organisatiestructuur en medische consumptie. Ook zijn in paragraaf 3.1 publikaties opgenomen waarin het thema **sociale ongelijkheid** wordt opgevoerd in samenhang met verzekeringen en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.
In paragraaf 3.2 is literatuur bijeengebracht die zich bezighoudt met medische consumptie in groepen met een specifieke ziektekostenverzekering en met consumptieverschillen tussen groepen verschillend verzekerden. Het gaat daarbij niet uitsluitend, maar wel voornamelijk om verschillen tussen HMO's en verzekeringen die werken met het systeem van honorering per verrichting.
Het Amerikaanse hoofdstuk wordt in paragraaf 3.3 afgesloten met een verzameling publikaties die de effecten van eigen betalingen beschrijven in vergelijking met de situatie waarin de verzekering alle ziektekosten dekt. Aan de orde komen zowel effecten met betrekking tot het gebruik van voorzieningen als effecten met betrekking tot de gezondheidstoestand van verzekerden.
De bibliografie besluit met een hoofdstuk dat gewijd is aan onderzoek dat is verricht in andere landen, te weten België, Frankrijk, Bondsrepubliek Duitsland, Groot-Brittannië en Canada.

- Aanwijzingen voor het gebruik van de bibliografie

De publikaties in de bibliografie zijn per paragraaf geordend op de naam van de eerste auteur. Wanneer dezelfde auteur met meer dan één publikatie vertegenwoordigd is, wordt een chronologische ordening aangehouden. Alle titels in de bibliografie zijn doorlopend genum-

merd.
Vanuit het oogpunt van dienstverlening aan de gebruiker zijn achterin de bibliografie een auteursregister en een trefwoordenregister opgenomen. In deze registers wordt verwezen naar de volgnummers van de afzonderlijke publikaties.
In de titelbeschrijvingen is een aanduiding opgenomen van het aantal referenties dat in de beschreven publikatie wordt vermeld. De gebruiker kan daaruit afleiden hoe nuttig die publikatie is wanneer hij op zoek wil naar meer literatuur.
Bij iedere publikatie zijn aan de titelbeschrijving één of meer codes toegevoegd van bibliotheken waar de betreffende publikatie ter inzage of verkrijgbaar is. Deze codes worden achter in de bibliografie verklaard. Daar is een lijst te vinden van de bedoelde bibliotheken met bezoekadres, postadrés en telefoonnummer. Bij boeken, rapporten en kopie-artikelen uit de NIVEL-collectie die een plaats hebben gekregen in de bibliografie, is tevens het plaatsnummer genoemd waaronder de publikatie in de NIVEL-bibliotheek is terug te vinden.

1. ALGEMEEN

1
ANDERSEN, R., ANDERSON, O.W.
Trends in the use of health services.
In: FREEMAN, H.E., LEVINE, S., REEDER, L.G. (eds).
Handbook om medical sociology; 3rd ed.
Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1979. p. 371-391, 80 lit.opgn.
nivel (b888)

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de ontwikkelingen die zich voordoen in het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen in de Verenigde Staten, voorafgegaan door een opsomming van de voorzieningen die hierbij relevant zijn. Verschillen in medische consumptie worden besproken in de context van verschillende gezondheidszorgsystemen ("delivery systems"), ook buiten de Verenigde Staten. Verschillende modellen die door onderzoekers zijn opgesteld om het gebruik van voorzieningen te verklaren, worden voor het voetlicht gehaald, waarbij geprobeerd wordt na te gaan waarom dergelijke modellen over het algemeen tekort schieten.

2
DUAN, N., MANNING Jr., W.G., MORRIS, C.N., NEWHOUSE, J.P.
A comparison of alternative models for the demand for medical care.
Journal of Business and Economic Statistics; 1, 1983, no. 2, p. 115-126, 29 lit.opgn.
nivel (c1609) cbs

In dit artikel wordt een vergelijkende test beschreven van verschillende statistische modellen voor de vraag naar medische zorg. Er wordt gebruik gemaakt van experimentele gegevens uit de Rand Health Insurance Study. In de verschillende modellen is de berekende invloed van de verzekeringsvorm op de vraag naar gezondheidszorg steeds anders. Bij het vergelijken van de modellen zijn twee criteria gebruikt: statistische consistentie en minimale afwijking.

3
KLEIN, C. DE, COLLARIS, J.
Sociale ziektekostenverzekeringen in Europees perspectief.
Met een voorbeschouwing van J.M. Dekkers en N.H. Douben.
's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1986. 116 p., 51 lit. opgn.
Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Voorstudies en achtergronden, V56/1987.
nivel

Vrijwel alle Westeuropese landen hebben te kampen met een sterke stijging van de uitgaven voor de gezondheidszorg. Verschillende ontwikkelingen op het gebied van onder andere medische technologie, ziektekostenverzekeringen, bevolking, die in vrijwel alle westerse landen in meerdere of mindere mate optreden, leiden tot de gesignaleerde stijging van deze uitgaven.
Het resultaat van deze ontwikkelingen is onder meer dat de sociale ziektekostenverzekeringen sterk onder druk staan. Deze druk heeft geleid tot plannen voor een betere beheersing van de kostenontwikkeling. Door middel van een internationale vergelijking wordt inzicht verkregen in de mogelijkheden tot herziening van (sociale) ziektekostenverzekeringsstelsels. De studie bevat een inventarisatie van ontwikkelingen, problemen en mogelijke oplossingen rond ziektekostenverzekeringen in Nederland, België, West-Duitsland, Frankrijk, Engeland, Ierland, Luxemburg en Zwitserland, zoals die worden voorgestaan door de uitvoeringsorganisaties.
Het uitvoeren van een sociale ziektekostenverzekering brengt verschillende problemen met zich mee, met name in de financiering. In pogingen om de gesignaleerde problemen het hoofd te bieden zijn er in alle in het onderzoek betrokken landen verschillende maatregelen getroffen door de uitvoeringsorganisaties en/of de overheid. Maatregelen gericht op kostenbeheersing vallen uiteen in maatregelen die genomen worden aan de vraagzijde (zoals invoering van eigen bijdragen bij het gebruik van bepaalde verstrekkingen in vrijwel alle onderzochte landen) en maatregelen die genomen worden aan de aanbodzijde (budgettering, verlaging van de tarieven, controle op prijzen met name van geneesmiddelen alsmede een beperking van de hoeveelheden, maatregelen rond ziekenhuisverpleging en controle van het aantal beroepskrachten in de gezondheidszorg). Maatregelen in de sfeer van de financiering hebben vooral het doel de inkomsten van de sociale ziektekostenverzekeringen te vergroten dan wel de collectieve lasten te vermin-

deren.
In een korte voorbeschouwing wordt geconstateerd dat een verandering van de institutionele structuur van de Nederlandse gezondheidszorg onvermijdelijk is. Gepleit wordt voor:
- invoering van een individuele vaste premie aan de voet in de ziekenfondsverzekering;
- meer nadruk op sturing van de gezondheidszorg door middel van overeenkomsten tussen financiers (ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars) en aanbieders van de zorg;
- maatregelen om risicoselectie door financiers tegen te gaan.

4
LEBEER, L.
Cost-sharing by persons receiving health care under sickness insurance.
Geneve: International Social Security Association, 1983. 85 p. ISSA XXIst General Assembly, Report III.
nivel (r3339)

Het doel van deze studie was informatie te verkrijgen over de volgende onderwerpen:
- de mogelijke vormen van eigen betalingen door mensen die gezondheidszorg ontvangen binnen de ziektekostenverzekeringsstelsels die aan deze enquête van de ISSA deelnemen;
- de bevolkingsgroepen (naar leeftijd, inkomen, sociale klasse) waarvan eigen betalingen worden gevraagd;
- de voorzieningen (medisch, paramedisch, farmaceutisch, ziekenhuizen) waarvoor eigen betalingen worden gevraagd;
- de hoogte van eigen betalingen en de inkomensgevolgen daarvan.

Gegevens die betrekking hebben op de sociale zekerheidsstelsels in 34 landen, zijn in de studie verwerkt.

5
MAXWELL, R.J.
Health and wealth: an international study of health-care spending.
Lexington, Mass., etc.: Lexington Books, 1981 (4e druk, 1983). 179 p., 53 lit.opgn., fign., tabn.
nivel (b1122)

In dit boek wordt geprobeerd de totale uitgaven aan gezondheidszorg (publiek en particulier) in tien geïndustrialiseerde landen vast te leggen. Deze landen zijn Australië, Canada, Frankrijk, West-Duitsland, Italië, Nederland, Zweden, Zwitserland, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten. Afhankelijk van de beschikbaarheid van gegevens in elk van die landen worden voorgaande studies bijgewerkt tot 1977 of later. De samenstelling van de gezondheidszorguitgaven in het jaar 1975 wordt in een standaardformaat geanalyseerd. Daarbij is in het bijzonder gelet op financieringsbronnen, beheer van de aanbodzijde, gebruikte voorzieningen en geleverde diensten.

6
McKINLAY, J.B.
Some approaches and problems in the study of the use of services: an overview.
Journal of Health and Social Behavior; 13, 1972, juni, p. 115-152, 343 lit.opgn.
nivel (c1613) eur

Selectief en systematisch overzicht van de literatuur aangaande het gebruik van voorzieningen op het terrein van welzijns- en gezondheidszorg die in Europa en de Verenigde Staten in de jaren 50 en 60 is verschenen. Besproken wordt welke methodologische problemen kenmerkend zijn voor veel van de studies die zijn verricht. Verschillende analytische benaderingen en onderzoeksstrategieën worden gepresenteerd. Eén daarvan is de economische benadering in de studie van het gebruik van voorzieningen. Deze benadering heeft het inzicht opgeleverd dat de wijze van financiering van voorzieningen invloed kan hebben op het gebruik daarvan, maar er moet volgens de auteur terdege rekening mee worden gehouden dat de economische benadering van het gebruik van voorzieningen aanzienlijke beperkingen kent.

7
NEWHOUSE, J.P.
Insurance benefits, out-of-pocket payments, and the demand for medical care: a review of the recent literature.
Health & Medical Care Services Review; 1, 1978, no. 4, p. 1, 3-15, 71 lit.opgn.
nivel (c1535) wvc

In dit literatuuroverzicht wordt nagegaan hoe de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen wordt beïnvloed door eigen betalingen. Benadrukt wordt dat de begrippen "vraag" en "gebruik" niet synoniem zijn. Er wordt niet ingegaan op verschillen in medische consumptie tussen verzekerde en niet-verzekerde populaties.
Eerst wordt een overzicht gegeven van de invloed van eigen betalingen op de vraag naar diensten van artsen, tandartsen en ziekenhuizen en de vraag naar geneesmiddelen. Vervolgens worden studies besproken naar het effect van eigen betalingen op de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Ook de ervaringen die zijn opgedaan met de overheidsprogramma's Medicare en Medicaid en in Canada worden aan de orde gesteld. Besloten wordt met een opsomming van ideeën voor in de toekomst te verrichten onderzoek.

8
OECD.
Measuring health care 1960-1983: expenditure, costs and performance.
Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1985.
162 p., tabn., 44 lit.opgn.
OECD Social Policy Studies, 2.
nivel (r2888)

In dit rapport wordt een overzicht gegeven van kosten en financiering van de gezondheidszorg in de lidstaten van de OESO, die vrijwel zonder uitzondering met ernstige financieringsproblemen geconfronteerd worden. Aan de orde komen uitgaven, prijzen en consumptie van gezondheidszorg alsmede kenmerken van gezondheidszorgsystemen.

9
OECD.
Financing and delivering health care: a comparative analysis of OECD countries.
Parijs: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1987.
101 p., tabn., staten, lit.opgn.
OECD Social Policy Studies, 4.
nivel (r3305)

In deze studie wordt een uitvoerige internationale vergelijking ondernomen van ontwikkelingen in de financiering en verstrekking

van gezondheidszorg in de OECD-landen. De studie bevat een bespreking van de fundamentele methodologische vraagstukken en verschaft meer dan 50 tabellen en staten met statistische informatie over gezondheids-outcomes, uitgaven, prijzen en medische consumptie. Besproken wordt welke gevolgen veranderingen in de bevolking en in de medische technologie kunnen hebben, en wat voor beleid er gevoerd kan worden teneinde rechtvaardigheid en doelmatigheid in de financiering en verstrekking van gezondheidszorg te bevorderen.

De analyse van gezondheidszorgsystemen begint in hoofdstuk 2 met een gedetailleerde bespreking van de problemen waarmee men wordt geconfronteerd bij internationaal vergelijkend onderzoek. Het hoofdstuk biedt ook vergelijkende informatie over internationale verschillen in leeftijdsopbouw, patronen van medische praktijkvoering, prijspeil en concentratie van uitgaven.

Hoofdstuk 3 bespreekt de structuurkenmerken en impliciete prikkels van de gezondheidszorgsystemen van de OECD-landen in termen van financieringsprocedures, selectiecriteria, uitkeringen, honoreringssystemen, en organisatie en ontwikkeling van het verstrekkingssysteem.

In hoofdstuk 4 komen problemen ter sprake die te maken hebben met het meten van de effectiviteit van gezondheidszorguitgaven. Het hoofdstuk bevat vergelijkende informatie over mortaliteit, morbiditeit en ziektekosten.

In hoofdstuk 5 wordt de groei van de totale uitgaven en de overheidsuitgaven ten behoeve van de gezondheidszorg sinds 1960 geanalyseerd.

De samenstelling van deze uitgaven in termen van intramurale, ambulante, farmaceutische en andersoortige zorg wordt besproken in hoofdstuk 6, evenals verschillen in prijzen en medische consumptie met betrekking tot ziekenhuisvoorzieningen en artsen.

Hoofdstuk 7 analyseert de factoren die verantwoordelijk zijn voor verschillen in uitgaven tussen landen.

In hoofdstuk 8 wordt gekeken naar mogelijke gevolgen van toekomstige demografische en technologische veranderingen, met name voor de vraag naar en de financiering van lange-termijn-zorg.

In hoofdstuk 9 wordt een samenvatting gegeven van de problemen die zich voordoen bij het opstellen van gezondheidszorgbeleid, en een opsomming van beleidskeuzes. Het beleid dat in het recente verleden in de OECD-landen is gevoerd, wordt summier besproken.

10
PHELPS, C.E.
Effects of insurance on demand for medical care.
In: ANDERSEN, R., KRAVITS, J., ANDERSON, O.W. (eds).
Equity in health services: empirical analyses in social policy.
Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Company, 1975. p.105-130.
nivel (b898)

In het model dat in dit boek wordt gehanteerd voor de analyse van determinanten van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, is het hebben van een ziektekostenverzekering één van de factoren die gebruik van voorzieningen mogelijk maken. De data zijn afkomstig uit een nationale enquête die in 1971 in de Verenigde Staten is uitgevoerd onder 11.882 personen uit 3880 gezinnen.
In dit artikel worden vraagkrommen en uitgavenkrommen berekend voor ziekenhuisopnamen, bezoeken aan artspraktijken en kosten voor chirurgische ingrepen. Gekeken wordt naar deelnemers aan de genoemde enquête die feitelijk gebruik van deze voorzieningen rapporteerden. Bezoeken aan artspraktijken worden het meest beïnvloed door de verzekeringsvorm en chirurgische kosten het minst. Tabellen laten voorspelde niveaus van vraag en uitgaven zien op verschillende niveaus van procentuele bijbetaling ("co-insurance"). Ten aanzien van de dienstverlening in ziekenhuizen en door artsen heeft procentuele bijbetaling een grotere invloed op uitgaven dan op omvang van de dienstverlening. Dit houdt in dat mensen met een betere verzekering duurdere dienstverleners uitzoeken.
De verdeling van verzekeringen op het moment dat de analyse werd uitgevoerd, laat zien dat de grootste mogelijkheden tot uitbreiding van de dekking liggen bij bezoeken aan artspraktijken, de voorziening die het meest gevoelig is voor de hoogte van de dekking. Geconcludeerd wordt dat dekking van die dienstverlening zonder eigen risico de vraag naar artscontacten zou kunnen doen toenemen tot duidelijk boven de beschikbare capaciteit. Besproken wordt hoe het stelsel zou kunnen reageren en hoe een evenwicht bereikt zou kunnen worden.

11
ROSETT, R.N. (ed).
The role of health insurance in the health services sector: a conference of the Universities-National Bureau Committee for Economic Re-

search.
New York: National Bureau of Economic Research, 1976. 548 p., lit. opgn.
bru

Deze conferentiebundel bestaat uit drie delen, gewijd aan de volgende onderwerpen: de markt voor ziektekostenverzekeringen; effecten van verzekering op de markt voor gezondheidszorgvoorzieningen; nationale ziektekostenverzekering.
Het eerste deel begint met een artikel van **Arrow** waarin een economische analyse wordt gegeven van veranderingen in de hoogte van procentuele bijbetalingen in de ziektekostenverzekering. **Nordquist en Wu** gaan in op de vraag naar ziektekostenverzekering in samenhang met de vraag naar preventieve zorg. **Goldstein en Pauly** analyseren collectieve ziektekostenverzekeringen die worden aangeboden als secundaire arbeidsvoorwaarde. **Phelps** ontwikkelt en test een model voor de vraag naar ziektekostenverzekeringen.
Het tweede deel van de bundel is het meest interessant in relatie tot het onderwerp van deze bibliografie. **Acton** onderzoekt de vraag naar gezondheidszorg per soort hulpverlener onder arme stadsbewoners, waarbij in het bijzonder gelet wordt op de rol van de tijd als bepalende factor. In het artikel van **Inman** vindt men een economisch model van het gezin en zijn beschermende rol met betrekking tot de gezondheid van kinderen. **Newhouse en Phelps** komen met nieuwe berekeningen van de prijs- en inkomenselasticiteit van gezondheidszorgvoorzieningen; dit artikel is een voortzetting en uitbreiding van een eerdere publikatie waarin is onderzocht hoe gevoelig verblijfsduur in ziekenhuizen en consulten bij artsen zijn voor verschillen in tarieven en inkomen. **Sloan** levert bewijsmateriaal uit de late jaren zestig voor de inflatie van de medische honoraria. Hij ontwikkelt een model voor de vaststelling van honoraria door artsen en beproeft dat aan de hand van crossectionele gegevens uit de jaren 1967-1970.
Het derde deel, dat gaat over een nationale ziektekostenverzekering, begint met een artikel van **Friedman** over de economische gevolgen van het staatsprogramma Medicare in termen van verbetering van de volksgezondheid. **Davis en Reynolds** beschrijven de invloed van Medicare en Medicaid op de mate waarin verschillende sociale groepen toegang hebben tot de gezondheidszorg. **Evans** geeft een schets van de gezondheidszorg in Canada, waarbij hij met name ingaat op uitgaven, consumptie en prijs van de verzekerde zorg in dat land. **Feldstein en Friedman** tenslotte bieden een analyse van

het effect van een nationale ziektekostenverzekering op de prijs en de omvang van medische voorzieningen.

12
VEN, W.P.M.M. VAN DE.
Het RAND ziektekostenverzekering experiment.
Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 60, 1982, no. 12, p. 314-325, 29 lit.opgn.
nivel

Heeft de hoogte van de door de verzekerde te betalen eigen bijdrage invloed op de omvang van het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen? Zo ja, in welke mate en wat is het effect hiervan op de gezondheidstoestand van de verzekerde en op de kwaliteit van de ontvangen medische hulp? Is dit eigen bijdrage-effect afhankelijk van het inkomen van de verzekerde? Hoe kan het gezondheidszorgsysteem zich aanpassen als de vraag naar medische diensten verandert (bijvoorbeeld als gevolg van een wijziging in de hoogte van de eigen bijdrage)?
Teneinde deze en andere vragen nauwkeurig te beantwoorden, voert de RAND Corporation (Santa Monica, Verenigde Staten) sedert 1974 een grootschalig sociaal experiment uit waar 7706 personen aan deelnemen. Het experiment is begin 1982 beëindigd. Uit voorlopige resultaten blijkt dat de ziektekosten bij een volledige verzekering (zonder eigen bijdrage) bijna 50% hoger zijn dan bij een verzekering met een inkomensafhankelijk hoog eigen risico aan de voet. In dit artikel wordt aandacht besteed aan de doelstellingen, de opzet en de eerste resultaten van het experiment, en wordt ingegaan op de relevantie hiervan voor de Nederlandse situatie. (aut.ref.)

13
ZEE, J. VAN DER.
De vraag naar diensten van de huisarts.
Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg, 1982. 225 p., lit.opgn., tabn., fign.
nivel (b804)

Deze studie is ondernomen met het doel een vraag-aanbod-model op te stellen voor de gezondheidszorg, en met name voor diensten van

de huisarts. Benadrukt wordt dat bij gebrek aan beter slechts suboptimale gegevens verwerkt zijn: gegevens uit het Leefsituatie-onderzoek 1977 en gegevens uit het Second National Morbidity Survey in Engeland en Wales. In het eerste deel wordt geprobeerd te achterhalen in hoeverre klachten bepalend zijn voor de vraag naar diensten van de huisarts. In het tweede deel wordt het klachtenmodel ingebed in een uitgebreider complex van factoren die van invloed zijn op de vraag naar doktersbezoek. Daarbij komt ook de invloed van verzekering tegen ziektekosten en inkomensderving aan de orde. Er wordt geen onafhankelijke invloed vastgesteld van de vorm van iemands verzekering tegen ziektekosten op het aantal contacten met de huisarts. De slechtere gezondheid en de sterkere gevoelens van onwelbevinden van personen uit de lagere sociale strata van de maatschappij, waartoe het grootste deel van de ziekenfondsverzekerden behoort, kunnen verantwoordelijk worden geacht voor de geringere medische consumptie van particulier verzekerden. Concentratie van praktijken, huisartsendichtheid, afstand en praktijkvorm worden genoemd als factoren die mede van belang zijn voor het construeren van een verantwoord en volledig model voor het analyseren van de vraag naar diensten van de huisarts.

2. NEDERLAND

2.1 Algemeen

14
BERG, J. VAN DEN.
Contact met de tandarts 1974-1983.
Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 4, 1985, no. 1, p. 5-14, 12 lit. opgn., staten, fign.
nivel

Resultaten van de CBS-Gezondheidsenquête. In 1974 ging 39% van de ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder naar de tandarts, tegen 57% van de particulier verzekerden. In 1983 waren deze cijfers respectievelijk 56 en 70%. Correctie voor verschillen in onder andere opleiding en inkomen tussen beide groepen reduceert in 1974 de marge van 18 tot 9%, in 1983 van 14 tot 4%. In 1983 is het verschil vrijwel nihil als men tevens rekening houdt met verschillen in het voorkomen van gebitsprothesen. De wijze van verzekering heeft dus geen invloed meer op het al of niet bezoeken van de tandarts. Vrouwen blijken aanzienlijk trouwere bezoekers van de tandarts dan mannen. Na correctie voor verschillen in onder andere opleiding en inkomen bedraagt de marge tussen het tandartsbezoek van mannen en vrouwen circa 8%. Indien alleen wordt gelet op mensen zonder volledig kunstgebit, dan bedraagt de gecorrigeerde marge ruim 11%. Naast geslacht blijkt vooral opleidingsniveau van invloed op het tandartsbezoek. In het bijzonder de laagst opgeleiden blijven achter. Ook leeftijd en inkomen zijn van belang: ouderen en lage inkomensgroepen maken relatief weinig gebruik van diensten van de tandarts. (aut.ref.)

15
BERG, J. VAN DEN.
Gebruikers van gezondheidszorg, 1981-1985.
Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 6, 1987, no. 4, p. 5-10, 3 tabn.
nivel

Ruim driekwart van de Nederlandse bevolking maakt in een jaar gebruik van de huisarts en/of een specialist en/of het zieken-

huis. Dit blijkt uit cijfers van de Gezondheidsenquête 1981-1985. Van de meest gezonde bevolkingsgroep gebruikt jaarlijks 65% één of meer van de genoemde voorzieningen, bij de minst gezonden is dit 98%. Ruim 38% van de bevolking raadpleegt in een jaar uitsluitend de huisarts, 5% alleen specialist(en) en 26% beiden. Bovendien wordt ten minste één ziekenhuisopname jaarlijks meegemaakt door 7 à 8% van bevolking (dit cijfer is exclusief enkele uitsluitingen).
Naar leeftijd beschouwd zijn het vooral de jongsten en de oudsten die in relatief groten getale alleen de huisarts raadplegen. Naar geslacht beschouwd komt 'geen gebruik' bij mannen vaker voor dan bij vrouwen (vooral in bepaalde leeftijdsgroepen). Naar verzekeringsvorm beschouwd blijken relatief geringe verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden op te treden. (aut.ref.)

16
BREKEL, E.J.G. VAN DEN.
Medicijnen op recept, 1981-1985.
Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 6, 1987, no. 3, p. 5-14, 21 lit. opgn., 6 fign.
nivel

Dit artikel bevat de resultaten van een onderzoek naar het uitschrijven van recepten en het gebruik van medicijnen op recept in de jaren 1981-1985. De gegevens werden ontleend aan de continue Gezondheidsenquête van het CBS. Dit onderzoek wordt vanaf 1981 gehouden onder een representatieve landelijke steekproef van de thuiswonende bevolking.
In 1985 gebruikte 28% van alle personen geneesmiddelen op recept in een periode van twee weken. Bij mannen was dat 24%, bij vrouwen 32%. De medicijnen die het meest werden gebruikt, waren hart- en vaatmiddelen en slaap- en kalmeringsmiddelen; deze middelen werden door respectievelijk 8% en 4% van de bevolking gebruikt.
In de kinderjaren werden door baby's en peuters relatief veel medicijnen gebruikt; dit waren met name anti-hoestmiddelen en antimicrobiële middelen.
Onder volwassenen nam het gebruik met het ouder worden toe van circa 15% onder jonge volwassenen tot 70% bij ouden van dagen. Bij hart- en vaatmiddelen was er sprake van een stijging van vrijwel geen gebruik bij personen tot ongeveer 35 jaar tot 40% bij personen van 75-79 jaar. Het gebruik van slaap- en kalme-

ringsmiddelen nam met het ouder worden toe van minder dan 1% bij personen tot 20 jaar tot 15% bij personen vanaf 70 jaar. Een opvallend resultaat was dat zowel het gebruik van hart- en vaatmiddelen als dat van slaap- en kalmeringsmiddelen sterk afnam bij personen vanaf 80 jaar, en dan vooral bij mannen.
Het hogere gebruik door vrouwen kwam in de meeste leeftijdsgroepen voor. Alleen bij de allerkleinsten werden door jongetjes meer medicijnen gebruikt. Een hoger gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen door vrouwen werd vooral gevonden tijdens de overgangsjaren en bij ouden van dagen.
In belangrijke mate hadden de gevonden verschillen voor wat betreft leeftijd en geslacht te maken met gezondheidsverschillen.
Voorts werd de ontwikkeling van het uitschrijven van recepten in de jaren 1981-1985 geanalyseerd. Hierbij bleek dat bij bejaarde ziekenfondsverzekerden het aantal voorschriften van de huisarts vanaf 1983 met ongeveer 30% is afgenomen. De sterkste afname had betrekking op voorschriften voor hart- en vaatmiddelen en slaap- en kalmeringsmiddelen. Uit ander onderzoek komt naar voren dat deze afname in belangrijke mate samenhangt met de invoering van de eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden in februari 1983. Vanaf die tijd worden door huisartsen, vooral voor bejaarde ziekenfondsverzekerden, grotere hoeveelheden per voorschrift verstrekt. (aut.ref.)

17
FRENKEN, F.J.M.
Aspecten van gezondheid en medische consumptie in de bevolking.
Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 6, 1987, no. 5, p. 36-45, 6 tabn., 9 fign.
nivel

Deze bijdrage voegt de voorlopige resultaten van het vierde kwartaal 1986 toe aan de periodiek in het Maandbericht te publiceren gegevens uit de continue Gezondheidsenquête over medische consumptie en activiteitenbeperking. De gegevens tot en met 1985 zijn definitief. Tevens zijn de voorlopige jaarcijfers van 1986 vermeld. Het artikel verschaft cijfers over huisartscontacten, specialistcontacten, tandartscontacten, activiteitenbeperking, voorgeschreven medicijnen en gebruik van medicijnen in 14 dagen naar geslacht, verzekeringsvorm en leeftijdscategorie, per kwartaal.

18
GEURTS, J.J.M., RUTTEN, F.F.H.
De vraag naar en het effect van verzekering.
Nederlands Tandartsenblad; 42, 1987, special bij no.6, p. 22-25, 2 lit.opgn.
nivel

Momenteel bestaan er in Nederland meerdere verzekeringsalternatieven met betrekking tot tandheelkundige zorg, die zich van elkaar onderscheiden wat betreft de invulling van het verstrekkingenpakket, de bijbehorende eigen bijdragen en de gehanteerde tarieven. Binnen het huidige stelsel is er zowel voor ziekenfonds- als voor particulier verzekerden een, zij het voor de ziekenfondsverzekerde zeer beperkte, keuzevrijheid voor het individu ten aanzien van de omvang van het verstrekkingenpakket voor tandheelkundige zorg.
In dit artikel wordt ingegaan op het nut van een verzekering voor tandheelkundige zorg, de alternatieven die daarbij voor de consument open staan, de kostenontwikkeling en het gebruik van tandheelkundige zorg. Naast de verzekeringsvorm wordt een aantal andere factoren aangewezen die van invloed zijn op het gebruik van tandheelkundige diensten. Ook worden enkele resultaten gemeld van een enquête onder ziekenfondsverzekerden waarin voorkeuren met betrekking tot de samenstelling van het verstrekkingenpakket zijn onderzocht. De analyses suggereren dat de verzekeringsvorm niet meer dan een beperkte invloed heeft op het gebruik van tandheelkundige zorg. Het lijkt zelfs gewenst het huidige, beperkte ziekenfondspakket niet te handhaven. De consument is namelijk geneigd te kiezen voor de verzekerde verrichtingen en niet voor de kwalitatief betere behandelingen waarvoor moet worden bijbetaald. Het gebruik van tandheelkundige zorg vertoont wel een duidelijke samenhang met de sociale status van het individu. Een uitbreiding van het verstrekkingenpakket zal dan ook een denivellerend effect hebben: met name mensen die al regelmatig de tandarts bezoeken, zullen van deze uitbreiding profiteren.

19
GINNEKEN, J.K. VAN, APPELBOOM, W.J.
Influence of socio-economic factors on perceived morbidity and use of health services in the Netherlands.
Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 5, 1985, no. 10, p. 5-9, 4 lit.

opgn., 11 tabn.
nivel

Voorlopige resultaten van een analyse die is gebaseerd op een gezondheidsenquête onder ongeveer 30.000 mensen van 16 jaar en ouder. Er is informatie verkregen over drie indicatoren van sociaal-economische status (opleiding, inkomen en soort verzekering), vier indicatoren van gezondheidstoestand, contacten met huisartsen, specialisten en tandartsen, en ziekenhuisopnamen.
Personen met een lagere sociaal-economische status blijken hogere morbiditeitsscores te hebben dan personen met een hogere sociaal-economische status. De relatie tussen sociaal-economische status en bezoeken aan artsen en specialisten en ziekenhuisopnamen is nihil of hooguit zeer zwak.

20
HOFLAND, J., WILMS, P.J.M.
Onder behandeling: strategische keuzen bij de kostenbeheersing in de gezondheidszorg.
's-Gravenhage: Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, 1984.
193 p., 142 lit.opgn.
Onderzoeksreeks Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven, no. 14.
nivel (b1147)

In dit rapport staat de beheersing van de kosten van het stelsel van de gezondheidszorg centraal. Allereerst is daartoe een globale systeemanalyse van de hoofdlijnen van de gezondheidszorg gemaakt. Vervolgens wordt ingegaan op enkele kwantitatieve ontwikkelingen zoals die zich vooral in het laatste decennium hebben voltrokken. Deze zijn daarna bezien in het licht van enkele impulsen die van het stelsel uitgaan op de medische consumptie: honorering, financiering, besluitvorming, en sturing van de vraag. Tenslotte wordt in dit rapport een tweetal mogelijke strategieën besproken die zijn gericht op kostenbeheersing in het medisch systeem.
De constatering dat het aanbod in de gezondheidszorg in overheersende mate de omvang en richting van het gebruik bepaalt, biedt voldoende rechtvaardiging om enkele achtergronden en determinanten van het handelen van de aanbieders (in eerste instantie de huisarts, vervolgens de specialist) te belichten. In dit verband

belangrijke kenmerken van het systeem zijn de honorering van huisartsen en specialisten, het stelsel van bekostiging van de intramurale gezondheidszorg, en de advisering op nationaal niveau. Opgemerkt wordt dat in de Nederlandse honoreringsstelsels financiële prikkels besloten liggen die een aanbod-geïnduceerde medische consumptie kunnen uitlokken: de directe relatie tussen het aantal verrichtingen en het inkomen, en het verschil in tariefniveau's voor ziekenfonds- en particulier verzekerden.
Beheersing van de vraag naar gezondheidszorg kan gediend zijn bij een ruimere toepassing van eigen risico's en eigen bijdragen en het aanbrengen van meer keuzevrijheid in het systeem van de ziektekostenverzekeringen; hierbij valt te denken aan verschillende verzekeringspakketten en premieniveau's.

21
STICHTING KLOZ INFORMATIESYSTEEM GEZONDHEIDSZORG (KISG).
Jaarboek 1985.
Houten: Stichting KISG, 1986. 97 p., 118 tabn.
nivel (j1)

Het KISG is het informatiesysteem van de particuliere ziektekostenverzekeraars in Nederland. In de KISG-jaarboeken worden de kostenontwikkelingen in de gezondheidszorg geanalyseerd, gezien vanuit de particuliere ziektekostenverzekeringsbranche. In 1985 werden door verzekeraars gegevens aangeleverd van drie miljoen verzekerden, 74% van het totaal. De gegevens hebben betrekking op de verzekerde populatie en op de uitgekeerde bedragen.
De gemiddelde geregistreerde bruto-kosten per particulier verzekerde stegen in 1985 van f.1038,-- tot f.1047,--, een toename van 0,9%. De hoogte en de ontwikkeling van de gemiddelde kosten varieren per soort verzekering. De hoogte van de kosten wordt beïnvloed door verschillen in tarieven en door verschillen in consumptie, waarbij te denken valt aan het effect van eigen risico. De in de tabellen vermelde bedragen betreffen overigens niet in alle gevallen de totale kosten van de particulier verzekerden. Voor een aantal verzekerde onderdelen gelden diverse vormen van eigen bijdragen en eigen risico's, waardoor een gedeelte van de particuliere uitgaven buiten de registratie blijft.
Een vast onderdeel van de KISG-jaarboeken is een vergelijking van de consumptie van het aantal verpleegdagen per verzekeringssoort: ziekenfonds en particulier. Daarnaast worden ook enkele vergelij-

kingen gemaakt tussen diverse groepen van particulier verzekerden. In het bijzonder worden verschillende elementen in het particuliere stelsel belicht die van invloed kunnen zijn op de medische consumptie, zoals een eigen risicobedrag per jaar en het meeverzekeren van huisartsenhulp.

22
SWINKELS, H.
Trends in de medische consumptie, 1974-1984.
Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 5, 1986, no. 2, p. 5-19, 5 tabn., 5 staten, 2 fign.
nivel

In dit artikel worden de kerncijfers betreffende de medische consumptie gepresenteerd. Deze kerncijfers zijn afkomstig van de door het CBS gehouden continue Gezondheidsenquête 1981 tot en met 1984 en hebben betrekking op het contact met de huisarts, specialist, tandarts en fysiotherapeut, alsmede op ziekenhuisopnamen. Behalve voor de totale populatie worden ook de cijfers voor mannen en vrouwen apart, voor ziekenfonds- en particulier verzekerden en voor een viertal leeftijdsgroepen gepresenteerd. Bovendien is bij ziekenfondsverzekerden een onderscheid gemaakt tussen wettelijk en vrijwillig verzekerden, terwijl bij de particulier verzekerden de ambtenaren en de overige particulier verzekerden onderscheiden zijn.

2.2 Consumptieverschillen

23
GROENEWEGEN, P.P., POSTMA, J.H.M.
The supply and utilization of dental services.
Social Science & Medicine; 19, 1984, no. 4, p. 451-459, 23 lit.opgn.
nivel

In dit artikel gaat het om de vraag of regionale verschillen in het aanbod van tandheelkundige mankracht invloed uitoefenen op het gebruik van tandheelkundige voorzieningen. Het deel van de Nederlandse bevolking dat bij de tandarts komt, blijkt inderdaad groter te zijn in regio's met een hogere tandartsendichtheid. Het aantal mensen dat bij de tandarts komt, is groter onder particulier verzekerde patiënten dan onder ziekenfondsverzekerden.
De auteurs hebben een eenvoudig model opgesteld voor het gedrag van tandartsen en patiënten om uit te vinden of dit verschil wordt beïnvloed door het aanbod van tandartsen. Onder de aanname dat tandartsen liever particuliere patiënten hebben, voorspellen de auteurs een groter verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in regio's met een lagere dichtheid van tandartsen dan in regio's met een hogere dichtheid. Deze voorspelling wordt niet volledig door de feiten ondersteund. Een tweede aanname luidt dat verschillen tussen sociale groepen in de kansen om een geregelde tandheelkundige behandeling op te nemen, invloed hebben op het gedrag van patiënten in de toekomst. Om uit te vinden of de beperkte gegevens waarover beschikt kan worden, deze veronderstelling ondersteunen, hebben de auteurs de verschillen onderzocht tussen particuliere patiënten en ziekenfondspatiënten in regio's die een belangrijke verandering in tandartsendichtheid vertonen. Deze analyse levert niet de verwachte resultaten op. (vert.aut.ref.)

24
HOOIJMANS, E.M., RUTTEN, F.F.H.
The impact of supply on the use of hospital facilities: differences between high and low income groups in the Netherlands.
Acta Hospitalia; 24, 1984, no. 2, p. 41-48, 26 lit. opgn.
nivel (c1591) bru

Analyse van de invloed van het aanbod van ziekenhuisbedden op de consumptie van ziekenfonds- en particulier verzekerden in Nederland. Deze twee groepen representeren respectievelijk de 70% laagstbetaalden en de 30% hoogstbetaalden in de bevolking. Geconcludeerd wordt dat in gebieden met een hoge beddendichtheid de ziekenhuisconsumptie van ziekenfondsverzekerden aanzienlijk hoger lag dan die van particulier verzekerden, terwijl in gebieden met een geringe beddendichtheid de verschillen in consumptie tussen beide groepen veel kleiner waren. De auteurs achten het aannemelijk dat de aanbodelasticiteit met betrekking tot ziekenhuisopnamen voor particuliere patiënten minder dan de helft bedraagt van de corresponderende invloed voor ziekenfondsverzekerden.
Wanneer dit gegeven wordt gecombineerd met de observatie dat het voormalige financieringssysteem voor ziekenhuizen in Nederland een prikkel bevatte voor volledig gebruik van bestaande ziekenhuiscapaciteit, kan gesteld worden dat particuliere patiënten, die geconfronteerd worden met hogere tijdprijzen en die beter in staat kunnen worden geacht om met hun arts te communiceren, zich sterker verzetten tegen uitgebreide ziekenhuisbehandeling dan ziekenfondsverzekerden. Wanneer de beddendichtheid gering is, bestaat deze druk om de capaciteit volledig te benutten niet en zijn verschillen in consumptie minder overheersend. (vert.aut. ref.)

25
MOOTZ, M.
Ziekenfondslidmaatschap en het raadplegen van de huisarts.
Medisch Contact; 33, 1978, no. 47, p. 1465-1468.
nivel

Secundaire analyse van het Leefsituatie-Onderzoek 1977 waarin de rol wordt onderzocht die het lidmaatschap van het ziekenfonds speelt ten aanzien van de hoeveelheid en frequentie van huisartsraadplegingen. Als de invloed van enkele gegevens betreffende de gezondheidstoestand statistisch wordt geëlimineerd, kan voor de totale bevolking niet worden vastgesteld dat er een verschil is tussen fondsleden en particulier verzekerden voor wat betreft de frequentie waarmee zij hun huisarts consulteren. Ook uit de analyse van specifieke bevolkingscategorieën blijkt hooguit een zeer gering verschil in raadpleegfrequentie tussen groepen fondsleden en particulieren die naar gezondheidstoestand, inkomen, leeftijd en opleiding vergelijkbaar zijn.

26
MOOTZ, M.
Ziekenfondslidmaatschap en het bezoek aan de tandarts.
Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde; 86, 1979, oktober, p. 76-79, 8 lit.opgn.
nivel (c899)

Uit een secundaire analyse van twee Leefsituatie-onderzoeken, die voor 1974 en voor 1977 landelijk materiaal bevatten, bleek een stijging van het tandartsenbezoek. Deze stijging gold voor ziekenfonds- en particulier verzekerden in ongeveer even sterke mate. Omdat de verschillen in tandheelkundig gedrag voor naar verzekeringsvorm onderscheiden groepen vooral toegeschreven moeten worden aan onderling samenhangende verschillen in het wel of niet dragen van een gebitsprothese, leeftijd en in sociaal-culturele achtergrond, werd het tandartsenbezoek van jongeren (18-25-jarigen) geanalyseerd. De genoemde verschillen werden voor deze categorie alleen nog in 1974 aangetroffen. In 1977 is het verschil in tandartsenbezoek tussen fondsverzekerde jongeren en hun particuliere tegenhangers niet meer significant. Bekijkt men echter alleen de groep jongeren met een (uitgebreide) lagere opleiding, dan blijven de verschillen bestaan: de fondsleden uit deze categorie consulteerden hun tandarts in 1974 en ook nog in 1977 minder dan de particulier verzekerden uit de groep. Het verschil is in die drie jaar echter kleiner geworden. (aut.ref.)

27
MOOTZ, M.
Gezondheid, medische consumptie en verzekering opnieuw bezien.
Medisch Contact; 39, 1984, no. 38, p. 1201-1205, 12 lit.opgn.
nivel

Bij de discussie over de stelselwijziging van de ziektekostenverzekering ligt de nadruk vooral op **kosten** en **verzekering** en in veel mindere mate op **ziekte.** Dit was voor de auteur reden om te pogen inzicht te krijgen in de gezondheidstoestand van verschillende categorieën verzekerden. Vervolgens heeft zij onderzocht welke invloed de verzekeringsvorm nog heeft op het aantal huisartscontacten, als gezondheidsindicatoren en persoonskenmerken buiten beschouwing worden gelaten. Geconcludeerd wordt onder meer dat er geen misbruik op aanwijsbare schaal van de ziekenfondswet

voorkomt in de zin dat ziekenfondspatiënten, omdat zij de kosten niet hoeven te dragen, relatief veel gebruik maken van medische voorzieningen. De belangrijkste reden voor medische consumptie is de gezondheidstoestand. Het meergebruik van medische voorzieningen door ziekenfondspatiënten is dan ook voornamelijk toe te schrijven aan de slechtere gezondheid van deze categorie. Het heffen van een eigen bijdrage voor het gebruik van medische voorzieningen zal vooral de sociaal-economisch zwakkeren (namelijk de huidige ziekenfondspatiënten) treffen en hen met extra kosten opzadelen.

28
MOOTZ, M.
The need for health care utilization and its relation to insurance coverage for medical expenses.
Gezondheid & Samenleving; 6, 1985, no. 4, p. 232, 6 lit.opgn.
nivel

In deze bijdrage gaat het om de invloed van de verzekeringsvorm op het gebruik van medische voorzieningen **nadat** andere, belangrijkere determinanten van medische consumptie werkzaam zijn geweest. Bij de discussie over de ziektekostenverzekering ligt de nadruk primair op kosten en verzekering, terwijl hier de belangstelling meer uitgaat naar ziekte. Een ziektekostenverzekering heeft immers tot doel de kostbare medische zorg in geval van ziekte in financieel opzicht bereikbaar te houden. Het is daarom van belang inzicht te hebben in de gezondheidstoestand van de op verschillende manieren verzekerde personen.
Dit uitgangspunt leidt ertoe dat eerst wordt ingegaan op de relatie tussen enkele gezondheidsindicatoren en verzekeringsvormen. Op basis van verschillende empirische gegevens wordt inzicht verschaft in de gezondheidstoestand van enkele categorieën verzekerden. Opnieuw wordt duidelijk dat ziekenfondsverzekerden zieker zijn dan particulier verzekerden. Tevens blijkt het verschil in gezondheidstoestand tussen naar opleiding onderscheiden groepen in negen jaar tijd eerder groter dan kleiner geworden te zijn.
Vervolgens komt de eigenlijke probleemstelling aan de orde: welke rol speelt de verzekeringsdekking bij verschillende vormen van medische consumptie? Het gaat om vormen van medische consumptie die in belangrijke mate de eigen beslissingsvrijheid van de patiënt inhouden, namelijk het raadplegen van de huisarts en de tandarts. Onderzocht wordt welke invloed de verzekeringsdekking

nog heeft op het aantal contacten met huisarts en tandarts, als indicatoren voor gezondheidstoestand en enkele persoonskenmerken (statistisch) buiten beschouwing worden gelaten. Het blijkt dat zich geen significante verschillen voordoen tussen naar verzekeringsdekking onderscheiden groepen personen. Verschillen in de hoeveelheid medische consumptie moeten worden toegeschreven aan verschillen in gezondheidstoestand. Eigen bijdragen treffen de minst gezonde en daarmee de minst draagkrachtige groepen in de maatschappij. (aut.ref.)

29
OSS, M.G.M. VAN.
Verzekeringssoort en verpleegdagengebruik.
Proefschrift Nijmegen. 255 p., lit.opgn., bijln., tabn.
nivel (b271)

De literatuur maakt melding van verschillen in het gebruik van gezondheidsdiensten tussen groepen van verzekerden. Ze treden op in het eerste echelon, in de verwijzingen naar specialisten en in het gebruik van verpleegdagen. In deze studie zijn de verschillen in verpleegdagengebruik onderzocht tussen verschillend verzekerden en tussen leeftijds- en geslachtsgroepen. Daarnaast werd een onderzoek gedaan naar het verpleegdagengebruik bij een aantal naar "beroepsgroepen" onderverdeelde verplicht en vrijwillig ziekenfondsverzekerden in Zuid- en Midden-Oost-Brabant.
Een aantal factoren die van invloed zijn op het verpleegdagengebruik bij de verzekerdenbestanden, is bekend, een aantal is onbekend. Tot de laatste behoren factoren als morbiditeit in een bestand, gedrag en werkkring van de verzekerden, en gedrag van de dienstverleners. Zij komen in de bestaande informatiesystemen niet aan de orde. Er is epidemiologisch en sociologisch onderzoek nodig om die factoren op te sporen. Ook is het gewenst meer inzicht te verkrijgen in het beleid ten aanzien van de verdeling van de lasten verbonden aan de derde klasse ziekenhuisverpleging en -behandeling.

30
RUTTEN, F.F.H., HOOIJMANS, E.M.
Financing medical care and the impact on its consumption in the Netherlands.
Leiden: COEPS, 1978. Rapport 77.03b.
nivel (r805)

In dit rapport wordt geanalyseerd of en in hoeverre het gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg op verschillende niveau's wordt beïnvloed door het systeem van financiering. De auteurs suggereren dat de aandacht geconcentreerd moet worden op het beslissingsproces van de arts; het "agency"-model zou een nuttig instrument kunnen zijn om het gedrag van de arts te analyseren. Eerst wordt gekeken naar de mogelijke effecten van verzekeringen. Er zijn empirische resultaten die wijzen in de richting van een negatieve prijselasticiteit van de vraag. Ten tweede wordt onderzocht of de manier waarop voorzieningen betaald en artsen gehonoreerd worden, invloed uitoefent op de consumptie. Bijzondere aandacht wordt besteed aan het grote verschil in klinische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Ook hier zijn er aanwijzingen dat de consumptie inderdaad wordt beïnvloed door financiële prikkels voor artsen. Volgens de auteurs moeten de resultaten van deze studie voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat het aggregatieniveau van de gegevens nogal hoog is.

31

VEN, W.P.M.M. VAN DE, NAUTA, F.A., VLIET, R.C.J.A. VAN, RUTTEN, F.F.H.
Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden.
Gezondheid & Samenleving; 1, 1980, no. 4, p. 224-254, 93 lit.opgn.
(Ook verschenen als COEPS-rapport 80.14/ SWOKA onderzoeksrapport 2)
nivel (r1089)

In dit artikel wordt de beschikbare informatie over verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden op het gebied van de somatische gezondheidszorg geïnventariseerd. Vervolgens is met behulp van literatuuronderzoek nagegaan welke factoren verantwoordelijk (kunnen) zijn voor de geconstateerde verschillen.
Uit diverse onderzoeken blijkt dat, na correctie voor leeftijd en geslacht, ziekenfondsverzekerden 10 à 20% meer huisartscontacten hebben dan particulier verzekerden. Verder kan voorzichtig worden gesteld dat ziekenfondsverzekerden circa 40% vaker poliklinische specialistische hulp inroepen dan particulier verzekerden. Na correctie voor leeftijd en geslacht worden de volgende verschillen aangetroffen op ziekenhuisniveau: circa 35% meer opnamen, circa 45% meer verpleegdagen en een circa 10% langere ligduur

voor ziekenfondspatiënten ten opzichte van particuliere patiënten. Tevens zijn er aanwijzingen dat, gegeven een verwijzing naar een specialist, een ziekenfondspatiënt een 20% hogere kans op opname heeft dan een particuliere patiënt. Ziekenfondspatiënten worden ook nog eens 90% vaker opgenomen in verpleeghuizen en het aantal verpleegdagen per verzekerde is voor ziekenfondspatiënten 100% hoger dan voor particuliere patiënten.
Voor de waargenomen verschillen worden mogelijke verklaringen gezocht in verschillen in:
- morbiditeit en leeftijd-geslachtsopbouw;
- gezondheidsbedreigende arbeidsomstandigheden;
- soort verzekering en eigen bijdrage;
- tijdprijs;
- verwijzingssysteem;
- ziekengeldregelingen;
- honoreringssystemen;
- omvang van de vergoeding voor dezelfde behandeling;
- controle door de verzekeraar met betrekking tot de juiste behandeling en kostenbeheersing;
- taalbeheersing;
- medische kennis;
- medezeggenschap in de medische behandeling;
- attitude ten opzichte van gezondheid en preventie;
- behandeling (door een specialist of een arts-assistent).

Tenslotte worden enige beleidsimplicaties en suggesties voor verder onderzoek gegeven.

32
VEN, W.P.M.M. VAN DE.
Ziekenfonds- versus particuliere verzekeringen in de gezondheidszorg (I): een vergelijking van de kosten.
Economisch Statistische Berichten; 66, 1981, no. 3307, p. 524-530.
nivel (c1589) bru
Ook in: VEN, W.P.M.M. VAN DE.
Studies in health insurance and econometrics.
Alblasserdam: Offsetdrukkerij Kanters B.V., 1984. p. 13-35.
Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden.
nivel (b1076)

De financiering van de gezondheidszorg vindt in Nederland plaats uit uiteenlopende bronnen. Allereerst zijn er ziekenfondsverzeke-

ringen en particuliere ziektekostenverzekeringen. Daarnaast bestaat er een volksverzekering tegen bijzondere kosten van behandeling en verpleging (de AWBZ) en verstrekken de overheden subsidies voor gezondheidszorg. In twee artikelen wordt het financieringssysteem van de gezondheidszorg doorgelicht, met name wat betreft ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. In dit eerste deel worden de gemiddelde uitgaven aan medische zorg per ziekenfondsverzekerde vergeleken met die per particulier verzekerde. Een opvallende conclusie uit deze vergelijking is dat men bij overschrijding van de loongrens voor de verplichte ziekenfondsverzekering en overgang naar een particuliere verzekering gemiddeld minder aan ziektekosten gaat betalen. (aut.ref.)

33

VEN, W.P.M.M. VAN DE.
Ziekenfonds- versus particuliere verzekeringen in de gezondheidszorg (II): enkele recente ontwikkelingen.
Economisch Statistische Berichten; 66, 1981, no. 3308, p. 552-557.
nivel (c1588) bru
Ook in: VEN, W.P.M.M. VAN DE.
Studies in health insurance and econometrics.
Alblasserdam: Offsetdrukkerij Kanters B.V., 1984. p. 36-55.
Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden.
nivel (b1076)

In dit tweede artikel over de ziektekostenverzekeringen in Nederland worden enkele recente ontwikkelingen op dit terrein besproken. Aan de orde komen de voorstellen voor een volksverzekering ter vervanging van de Ziekenfondswet, het loslaten van het solidariteitsbeginsel bij de particuliere verzekeraars door premiedifferentiatie naar risicogroep, de daarmee samenhangende opeenhoping van "slechte risico's" in de vrijwillige ziekenfondsverzekering en tenslotte de gevolgen van toenemende deeltijdarbeid voor de verplichte ziekenfondsverzekering. Een volksverzekering voor alle ingezeten beneden een bepaalde inkomensgrens ziet de auteur niet als een oplossing voor de huidige problemen. Wordt daarbij een lage inkomensgrens gekozen, dan ontkracht men het principe van betaling naar draagkracht. Is de grens hoog, dan zullen particuliere verzekeraars het hoofd moeten bieden aan een leegloop van "goede risico's". (aut.ref.)

34
VLIET, R.C.J.A. VAN, W.P.M.M. VAN DE VEN.
Analyse van verschillen in huisartsenhulp tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden.
Economisch-Statistische Berichten; 68, 1983, no. 3406, p. 456-461.
nivel

Er is een aanzienlijk verschil in gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Zo leggen ziekenfondsverzekerden 18% meer bezoeken af bij hun huisarts en gebruiken zij 30% meer medicijnen op recept. In dit artikel onderzoeken de auteurs welke factoren deze vormen van medische consumptie verklaren en welke factoren voor het verschil in gebruik tussen particuliere en ziekenfondsverzekerden verantwoordelijk zijn. De in dit artikel gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op het Proef Onderzoek Medische Consumptie (POMC) dat in 1979 door het CBS is gehouden.
Het is vooral het verschil in gezondheid, dat samenhangt met beroepsrisico, opleidingsniveau en woonsituatie, dat op huisartsniveau de grotere consumptie van medische zorg door ziekenfondsverzekerden verklaart. Naast persoonsgebonden factoren zijn het ook systeemgebonden factoren zoals de wijze van verzekeringsdekking die de medische consumptie beïnvloeden.

35
VLIET, R.C.J.A. VAN.
Nieuwe inventarisatie van verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden.
Gezondheid & Samenleving; 5, 1984, no. 1, p. 21-32, 21 lit.opgn.
nivel

In Nederland bestaan tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden aanzienlijke verschillen in het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. In een artikel van Van de Ven, Nauta, Van Vliet en Rutten is een inventarisatie gegeven van de verschillen in medische consumptie (op verschillende niveaus) tussen beide groepen. In dit artikel wordt aanvullende informatie gegeven over deze verschillen, hoofdzakelijk gebaseerd op gegevens die beschikbaar zijn gekomen in de periode van 1980 tot 1983.
Na correctie voor leeftijds- en geslachtsverschillen tussen beide groepen blijkt dat ziekenfondsverzekerden in vergelijking met

particulier verzekerden 15 tot 25% meer huisartscontacten hebben, 5 tot 15% meer medicijnen op recept gebruiken, 15 tot 30% minder niet-voorgeschreven medicijnen gebruiken en 20 tot 30% minder tandartscontacten hebben. Op het niveau van poliklinische specialistenhulp blijken er weinig verschillen tussen beide groepen voor te komen. Het aantal ziekenhuisopnamen is bij ziekenfondsverzekerden 20 tot 30% hoger dan bij particulier verzekerden; het gemiddeld verblijf is 10 tot 25% langer. Wat betreft verpleeghuisopnamen lopen de verschillen op tot 100% relatieve meerconsumptie van ziekenfondsverzekerden. (vert.aut.ref.)

36
VLIET, R.C.J.A. VAN, W.P.M.M. VAN DE VEN.
Eindverslag Project Medische Consumptie: een onderzoek naar verschillen in gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door ziekenfonds- en particulier verzekerden.
Z.pl.: Centrum voor onderzoek van de economie van de publieke sector (COEPS), Stichting wetenschappelijk onderzoek consumentenaangelegenheden, 1985. COEPS-rapport 84.19/SWOKA-onderzoeksrapport.
nivel (r1957)

In het kader van het COEPS-SWOKA onderzoek "Medische consumptie" is nagegaan welke verschillen er bestaan in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, welke factoren van invloed zijn op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, welke verschillen er bestaan in deze factoren tussen beide groepen verzekerden, en in welke mate deze verschillen bijdragen aan de verklaring van verschillen in medische consumptie tussen beide groepen verzekerden.
Met behulp van multivariate analyse technieken zijn in dit onderzoek vier belangrijke vormen van medische consumptie nader onderzocht: huisartsbezoek, medicijngebruik op recept, specialistbezoek en ziekenhuisverpleegdagen. De belangrijkste conclusie is dat, alhoewel verschillen in verzekeringsdekking en in andere factoren zoals honorerings- en tariefstructuur van artsen een rol spelen, de verschillen in gezondheidstoestand en in leeftijds- en geslachtsopbouw een zeer belangrijke determinant vormen van de meer-consumptie van ziekenfonds- ten opzichte van particulier verzekerden voor wat betreft huisartsbezoek en medicijnen op recept en waarschijnlijk ook wat betreft ziekenhuisverpleegdagen. De meer-consumptie van particulieren ten opzichte van zieken-

fondsverzekerden voor wat betreft het specialistbezoek, welke na correctie voor een groot aantal factoren circa 19% bedraagt, kan samenhangen met het verschil in honoreringsstructuur van specialisten tussen de ziekenfonds- en de particuliere sector.

Zie ook:
VLIET, R.C.J.A. VAN, W.P.M.M. VAN DE VEN.
Analyse van medische consumptie en van verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, I: een secundaire analyse van de LSO'77-enquête.
's-Gravenhage: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumentenaangelegenheden, 1982. COEPS-rapport 81.21/ SWOKA Onderzoeksrapport 14.
nivel (r677)
Alsmede:
VLIET, R.C.J.A. VAN, W.P.M.M. VAN DE VEN.
Analyse van medische consumptie en van verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, II: een secundaire analyse van de enquête van het Proef Onderzoek Medische Consumptie (1979).
Z.pl.: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumentenaangelegenheden, 1983. COEPS-rapport 82.25/SWOKA Onderzoeksrapport 25.
nivel (r2274)

37
VLIET, R.C.J.A. VAN, W.P.M.M. VAN DE VEN.
Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden nader onderzocht: overzicht van empirische bevindingen.
Gezondheid & Samenleving; 7, 1986, no. 2, p. 81-94, 16 lit.opgn.
nivel

In dit artikel geven de auteurs een overzicht van de empirische bevindingen van hun onderzoek naar de verschillen in medische consumptie in Nederland tussen personen met een ziekenfondsverzekering en personen met een particuliere ziektekostenverzekering. Het is een bekend feit dat in Nederland de medische consumptie in de publieke sector veel hoger is dan in de particuliere sector. Voor een deel kunnen deze verschillen verklaard worden door verschillen in leeftijd-geslachtsopbouw tussen beide groepen verzekerden. Na correctie voor deze verschillen hebben ziekenfondsverzekerden nog steeds 15 tot 25% meer huisartscontacten, een 5 tot 10% grotere kans op het gebruik van voorgeschreven medicijnen (in een periode van twee weken), en 40 tot 45% meer ziekenhuisligdagen dan particulier verzekerden. Het aantal poliklinische specia-

listconsulten per persoon is in beide sectoren nagenoeg gelijk. Het doel van deze studie is de verschillen in medische consumptie ook te corrigeren voor factoren als gezondheidstoestand, inkomen, opleiding, attitude of geneigdheid tot het inroepen van medische hulp, en verzekeringsdekking. De laatste factor is van bijzonder belang omdat één van de centrale vragen in veel beleidsdiscussies in Nederland is: in welke mate worden verschillen in medische consumptie tussen beide groepen veroorzaakt door het feit dat het ziekenfondspakket uitgebreider is dan de dekking die wordt gekozen door de meeste particuliere verzekerden?
De belangrijkste conclusie is dat verschillen in gezondheidstoestand tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden een belangrijke bijdrage leveren aan de verschillen in medische consumptie tussen beide groepen. Echter, andere factoren zoals verzekeringsdekking spelen eveneens een rol. (vert.aut.ref.)

2.3 Effecten van eigen betalingen

38
BERG, J. VAN DEN.
De eigen bijdrage voor geneesmiddelen in 1983.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 63, 1985, no. 1, p. 4-12, 11 lit.opgn.
nivel

Voor ziekenfondsverzekerden werd in februari 1983 de eigen bijdrage voor geneesmiddelen ingevoerd. Uit gegevens van de CBS-gezondheidsenquête blijkt dat de huishoudens in 1983 gemiddeld een bedrag van 25 gulden betaalden. Er zijn in Nederland circa 4 miljoen huishoudens (éénpersoons en meerpersoons) met minstens één ziekenfondsverzekerde; de totale in 1983 opgebrachte eigen bijdrage beloopt dus globaal 100 miljoen gulden. Inrichtingen en tehuizen worden niet geënquêteerd; het genoemde bedrag bevat dus niet de bijdrage van bewoners hiervan.
Er is een duidelijke samenhang tussen de betaalde eigen bijdrage en de leeftijd. Zo betaalden bejaarden ongeveer drie keer zoveel als mensen jonger dan 30 jaar. Deelt men de huishoudens in naar inkomensgroepen, dan blijkt er tussen de onderscheiden groepen geen verschil van betekenis te bestaan. In guldens wordt van elke groep dus ongeveer evenveel gevraagd. Het meest van invloed op het moeten betalen van de eigen bijdrage is de gezondheidstoestand. Die wordt in de enquête bepaald met twee indicatoren: het aantal personen per huishouden met een minder goede gezondheid, en het aantal langdurige aandoeningen per huishouden. De gezondste huishoudens betaalden gemiddeld ongeveer 15 gulden; de middengroep kwam op 25 tot 35 gulden; en de ongezondste groepen moeten circa 45 tot 75 gulden betalen.
Uit de kwartaalcijfers over de periode 1981-1983 blijkt dat de medische consumptie, beschreven in termen van contact met (huis-) artsen en gebruik van niet voorgeschreven medicijnen, door de invoering van de eigen bijdrage voorlopig niet of nauwelijks beïnvloed lijkt te zijn. Wel vertoont het aantal ziekenfondsverzekerden dat medicijnen kreeg voorgeschreven, in de laatste kwartalen van 1983 een lichte daling.

39
VEN, W.P.M.M. VAN DE.
Effecten van eigen bijdrage in de gezondheidszorg.
Medisch Contact; 35, 1980, no. 5, p. 155-157; no. 6, p. 189-194; no. 7, p. 216-218.
nivel

Het doel van dit artikel is inzicht te geven in de effecten van eigen bijdragen op het gebruik van medische voorzieningen. Een overzicht wordt gegeven van de belangrijkste studies die zich hebben beziggehouden met de vraagstelling: wat is de invloed van een verandering in de directe prijs die de patiënt moet betalen bij het ontvangen van medische hulp, op de aard en omvang van het gebruik van medische diensten?
Vrijwel alle studies komen tot de conclusie dat een stijging van de eigen bijdrage leidt tot een reductie van het gebruik van medische diensten. Dit effect is sterker naarmate:
a) de tijdprijs van de patiënt lager is;
b) de patiënt meer invloed heeft op de beslissing om medische hulp te ontvangen;
c) de patiënt gezonder is, dat wil zeggen de directe urgentie om medische hulp te ontvangen minder is;
d) het inkomen van de patiënt lager is.
Een tweede conclusie is dat invoering van een eigen bijdrage voor de verlener van medische hulp aanleiding kan zijn de aard en omvang van de geboden diensten te veranderen.
Met betrekking tot de vraag of invoering van een eigen bijdrage voor niet-klinische hulp leidt tot meer klinische kosten, wordt in de literatuur geen uitsluitsel gegeven. (aut.ref.)

40
VEN, W.P.M.M. VAN DE.
Effects of cost-sharing in health care.
Effective Health Care; 1, 1983, no. 1, p. 47-58, 45 lit.opgn.
nivel (c1303)
Ook in: W.P.M.M. VAN DE VEN.
Studies in health insurance and econometrics.
Alblasserdam: Offsetdrukkerij Kanters B.V., 1984. p. 171-180.
Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden.
nivel (b1076)

Dit artikel biedt een introductie in de literatuur over eigen betalingen in de gezondheidszorg, en richt zich op de vraag of en in hoeverre een wijziging in eigen betalingen invloed heeft op de vraag naar medische zorg wanneer alle andere factoren ongewijzigd blijven. Er wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste empirische resultaten uit de literatuur die de economie van de gezondheidszorg heeft voortgebracht, en verschillende belangrijke studies, waaronder de Rand-studie, worden besproken.
Een conclusie waarover alle studies het eens zijn, is dat een toename van de prijs die de consument zelf moet betalen, leidt tot een reductie van de vraag naar de medische zorg in kwestie. Er zijn vele aanwijzingen dat dit geldprijs-effect groter is naarmate de tijdprijs lager is, het inkomen lager is, de medische zorg minder urgent is en de patiënt meer invloed heeft op de beslissing medische hulp te krijgen. Er zijn ook aanwijzingen dat minder eigen betalingen voor ambulante zorg leiden tot een toename van het aantal ziekenhuisopnames.

41
VEN, W.P.M.M. VAN DE.
De invloed van de financiering op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 63, 1985, no. 1, p. 20-30, 31 lit.opgn.
nivel

In dit artikel wordt ingegaan op de financiële relatie tussen de hulpverlener, de consument en de verzekeraar en op de invloed van de betalingswijze op het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Voorts wordt aandacht besteed aan de wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekering in Nederland en wordt een voorstel uitgewerkt voor een wijziging van de financiering van de ziekenfondsen.
Bij de bespreking van de honorering van de **hulpverlener** is geconstateerd dat de wijze van honoreren niet neutraal is. Als een gemeenschappelijk kenmerk van de drie meer voorkomende honoreringswijzen - verrichtingensysteem, abonnementsysteem en loondienst- is geconstateerd dat zij geen van drie de arts beloont voor het verlenen van zorg tegen zo laag mogelijke totale kosten. Met betrekking tot de ziekenhuisbudgettering is geconstateerd dat enige terughoudendheid op zijn plaats is bij de vraag in hoeverre de

wijze van ziekenhuisbudgettering zoals toegepast in 1983 en 1984 een duurzame manier van kostenbeheersing vormt. Essentiële problemen vormen de vaststelling van de taak van een ziekenhuis en de vaststelling van het bijbehorende budgetbedrag. Ook de aanwending van de saldi (overschotten en tekorten) vormt op lange termijn geen stimulans tot doelmatigheid.
Met betrekking tot de **consument** is geconstateerd dat een stijging van de directe prijs die de consument voor medische hulp moet betalen ('eigen betaling') leidt tot een vermindering van de vraag naar de betreffende vorm van hulp. Bij de interpretatie van deze bevinding voor het beleid is het van belang dat het kostenbesparende effect van eigen betalingen ongunstig kan worden beïnvloed door het optreden van 'aanbod-geïnduceerde (over-)vraag', 'aanbod-geïnduceerde moral hazard' en door eventuele substitutie naar duurdere en wel (volledig) verzekerde vormen van hulp.
Bij het RAND-ziektekostenverzekering-experiment bleek het verminderde gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen als gevolg van eigen betalingen geen significant effect te hebben gehad op de meeste in het onderzoek gehanteerde indicatoren van de gezondheidstoestand van de consument.
Bij het bespreken van de rol van de **verzekeraar** als financieel intermediair tussen de consument en de hulpverlener is een aantal overwegingen genoemd waarom verwacht wordt dat particuliere ziektekostenverzekeraars de komende jaren in toenemende mate een beleid gericht op kostenbeheersing zullen gaan voeren. Op grond van de bevindingen met betrekking tot de zogenaamde health maintenance organizations (HMO's) in de VS is de hypothese geformuleerd dat in het HMO-systeem een effectieve 'countervailing power' bestaat tegen twee als ongewenst beschouwde karakteristieken van het traditionele, niet-HMO gezondheidszorgsysteem, te weten de 'aanbod-geïnduceerde (over-)vraag' en het fenomeen van 'moral hazard'. Tevens is geconcludeerd dat er duidelijke aanwijzingen zijn dat (financiële) prikkels gericht op de hulpverlener een effectiever middel tot kostenbeheersing zijn dan eigen betalingen door de consument.
Met betrekking tot de **wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekering** zijn globaal enkele hoofdlijnen geschetst om ziekenfonds- en particuliere verzekeringen geleidelijk in een meer gelijke positie ten opzichte van elkaar te brengen. Door de aangekondigde regeringsplannen krijgt de particuliere verzekering een meer sociaal karakter. In dit artikel is een voorstel uitgewerkt om door een systeem van 'budgettering per ziekenfonds' geleide-

lijk meer markt-elementen in de ziekenfondssector te introduceren. Tevens zal hierdoor de premiestructuur in de ziekenfondsverzekering gedeeltelijk inkomensafhankelijk en gedeeltelijk nominaal worden, en meer gaan gelijken op die in de particuliere verzekering. Door het op deze wijze naar elkaar toegroeien van ziekenfonds- en particuliere verzekeringen is het mogelijk om zonder grote verschuivingen in het marktaandeel van de diverse verzekeraars op den duur te komen tot een nationaal stelsel van ziektekostenverzekeringen, dat door sommigen wellicht liever een 'volksverzekering (met een beperkte dekking)' wordt genoemd. (aut.ref.)

42
VEN, W.P.M.M. VAN DE, VLIET, R.C.J.A. VAN
Effects of cost-sharing in the health care sector.
Gezondheid & Samenleving; 6, 1985, no. 4, p. 238-244, 20 lit.opgn.
nivel

In dit artikel wordt ingegaan op de vraag of, in welke mate en op welke wijze eigen betalingen door de patiënt ('remgeld'), zoals eigen risico's en eigen bijdragen, van invloed zijn op de hoogte en de aard van de medische consumptie.
Op grond van enige tientallen studies mag worden geconcludeerd dat een stijging van de directe prijs die de consument voor medische hulp moet betalen ('eigen betaling'), leidt tot een vermindering van het gebruik van de betreffende vorm van hulp.
Er zijn veel aanwijzingen dat dit effect groter is naarmate de tijdprijs lager is, het inkomen lager is, de medische hulp minder urgent is en naarmate de patiënt meer invloed heeft op de beslissing om medische hulp te ontvangen. Ook zijn er aanwijzingen dat het effect van eigen betalingen afhangt van de wijze waarop de hulpverleners worden gehonoreerd.
Voor het beleid is het van belang dat het (partiële) kostenbesparende effect van eigen betalingen ongunstig kan worden beïnvloed door het optreden van 'aanbod-geïnduceerde (over-)vraag', 'aanbod-geïnduceerde moral hazard' en door eventuele substitutie naar duurdere en wel (volledig) verzekerde vormen van hulp. Voorts zijn er duidelijke aanwijzingen dat (financiële) prikkels gericht op de hulpverlener een effectiever middel tot kostenbeheersing vormen dan eigen betalingen door de consument.
Met betrekking tot het verschil in medische consumptie tussen

ziekenfonds- en particulier verzekerden in Nederland, is geconcludeerd dat - alhoewel verschillen in verzekeringsdekking en in andere factoren een rol spelen - de verschillen in gezondheidstoestand en leeftijds- en geslachtsopbouw een belangrijke determinant vormen van de meer-consumptie van ziekenfonds- ten opzichte van particulier verzekerden. (aut.ref.)

43
VEN, W.P.M.M. VAN DE.
The key role of health insurance in a cost-effective health care system: towards regulated competition in the Dutch medical market.
Health Policy; 7, 1987, no. 2, p. 253-272, 63 lit.opgn.
nivel

Wil men komen tot een kosten-effectief stelsel van gezondheidszorg, dan is het onder meer nodig om ziektekostenverzekeringen zodanig in te richten dat verzekerden prikkels ontvangen tot het kiezen van kosten-effectieve vormen van zorg. Indien consumenten de keuze hebben tussen verschillende verzekeringsvormen waarvoor geldt dat de hoogte van premies of eigen bijdragen een afspiegeling vormt van de kosten-effectiviteit van de gekozen zorgverlener, dan zal dit de zorgverlener stimuleren tot kosten-effectief gedrag. Als gevolg daarvan zal er concurrentie ontstaan tussen verschillende zorgverleners, tussen groepen van zorgverleners en tussen organisaties van zorgverleners en verzekeraars. Concurrentie in de gezondheidszorg moet echter niet verward worden met een "vrije markt". Naast financiële regelingen ter bescherming van de armen zullen er regels moeten komen om de concurrentie in goede banen te leiden. In dit artikel wordt besproken hoe een systeem van ziektekostenverzekeringen waarbinnen gereguleerde concurrentie plaatsvindt, er in Nederland uit zou kunnen zien.

3. DE VERENIGDE STATEN

3.1 Algemeen: verzekering, sociale ongelijkheid en medische consumptie

44
BLENDON, R.J., AIKEN, L.H., FREEMAN, H.E., KIRKMAN-LIFF, B.L., MURPHY, J.W.
Uncompensated care by hospitals or public insurance for the poor: does it make a difference?
New England Journal of Medicine; 314, 1986, no. 18, p. 1160-1163, 13 lit.opgn.
nivel (c1594) bru

Onderzoek naar de gevolgen van reducties in de Medicaid-dekking voor arme Amerikanen. Met name is onderzocht of door die reducties de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg ten behoeve van de armen verschuift naar klinieken en ziekenhuizen die ongecompenseerde of gesubsidieerde zorg verlenen.
Resultaten:
In 1982 ontvingen mensen met een laag inkomen duidelijk minder hulp van artsen als ze woonden in staten zonder Medicaid-programma of met beperkte programma's. In Arizona, de enige staat zonder Medicaid-programma in 1982, kwamen arme kinderen 40% minder vaak bij de dokter, en kwamen arme stadsbewoners 22% minder vaak bij de dokter dan armen in staten met Medicaid-programma's. Het percentage armen in Arizona aan wie om financiële redenen hulp werd geweigerd, was bijna twee keer zo hoog als in staten met Medicaid.
Bovendien verging het arme inwoners van staten waar het percentage Medicaid-verzekerden in de arme bevolking het hoogst is, beter dan degenen die wonen in staten met een minder uitgebreide dekking.
Arme oudere Amerikanen bleken een vergelijkbare toegang te hebben tot medische voorzieningen, ongeacht waar ze wonen, omdat de dekking die wordt geboden door het federale Medicare-programma nagenoeg uniform is.
De analyse geeft dan ook aan dat ongecompenseerde zorg door ziekenhuizen en klinieken wellicht geen effectieve vervanging is van overheidsprogramma's voor ziektekostenverzekering. Van ongecom-

penseerde zorg gaat een ongunstige invloed uit op de gezondheidszorg voor de armen. (vert.aut.ref.)

45
CHERNICK, H.A., HOLMER, M.R., WEINBERG, D.H.
Tax policy toward health insurance and the demand for medical services.
Journal of Health Economics; 6, 1987, no. 1, p. 1-25, 40 lit.opgn.
nivel

In de Verenigde Staten wordt de werkgeversbijdrage aan de ziektekostenverzekering van werknemers niet opgeteld bij het belastbaar inkomen van werknemers. Onderzoekers hebben beweerd dat deze fiscale tegemoetkoming heeft geleid tot oververzekering, extra vraag naar gezondheidszorg en snelle kostenstijgingen. In dit artikel wordt het kwantitatieve belang van dit verband bepaald, waarbij gebruik wordt gemaakt van bestaande berekeningen van de elasticiteit van de vraag naar ziektekostenverzekering en medische hulp in een statisch microsimulatiemodel.
Geconcludeerd wordt dat de waarschijnlijke invloed van de eliminatie van de fiscale tegemoetkoming voor ziektekostenverzekering tot nu toe door onderzoekers is overschat, omdat zij onjuiste veronderstellingen koesterden ten aanzien van de elasticiteit van de vraag en het patroon van verzekeringsdekking. Op grond van gemiddelde aannames wordt berekend dat een complete eliminatie van de gunstige fiscale behandeling van werkgeversbijdragen aan de ziektekostenverzekering zou leiden tot een vermindering van de vraag naar door de werkgever gesponsorde ziektekostenverzekeringen met 16 à 27%. De totale vraag naar gezondheidszorg zou met ongeveer 4 à 6% afnemen.

46
ENTHOVEN, A.C.
Consumer-choice health plan.
New England Journal of Medicine; 298, 1978, no. 12, p. 650-658; no. 13, p. 709-720, 37 lit.opgn.
nivel (c1614,1615) bru

Het financieringssysteem voor medische kosten in de Verenigde Staten gaat gebukt onder ernstige inflatie en ongelijkheid. Het

fiscaal ondersteunde stelsel van honorering per verrichting voor artsen, financiering door derde partijen, en kostenvergoeding voor ziekenhuizen beloont kostenverhogend gedrag, verschaft geen prikkels tot zuinigheid, en levert daarom kostenstijgingen op. Het systeem is onrechtvaardig omdat de regering meer betaalt ten behoeve van degenen die kiezen voor kostbaardere zorgsystemen, omdat belastingvoordelen ten goede komen aan de ziektekostenverzekering van de welgesteldenterwijl veel mensen met lage inkomens niet geholpen worden, en omdat ziektekostenverzekeringen voor werknemers geen continuïteit van de dekking garanderen.
Een analyse van eerdere voorstellen voor een nationale ziektekostenverzekering laat zien dat geen daarvan in staat is het merendeel van de geschetste problemen op te lossen. Directe economische regulering door de overheid zal niet leiden tot een verbetering van de situatie. Kostenbeheersing door stimuleringsmaatregelen en gereguleerde concurrentie in de marktsector maakt de meeste kans om effectief te zijn. In het tweede artikel wordt het financieringssysteem geschetst zoals dat de auteur voor ogen staat.

Zie ook:
ENTHOVEN, A.C.
Health plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care.
Reading, Mass., etc.: Addison-Wesley Publishing Company, 1981 (2e druk). 196 p., lit.opgn.
nivel (b903)

47
HORNBROOK, M.C., BERKI, S.E.
Practice mode and payment method: effects on use, costs, quality, and access.
Medical Care; 23, 1985, no. 5, p. 484-511, 90 lit.opgn.
nivel

In dit artikel wordt samengevat hoe het gebruik, de kosten, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten worden beïnvloed door de organisatie van de medische praktijk, de methode van honorering van artsen en de methode van betaling door cliënten. Vervolgens wordt uiteengezet welke behoeften er bestaan aan theoretisch, methodologisch en empirisch onderzoek om te komen tot een beter begrip van de samen-

hang tussen de beroepsuitoefening van artsen enerzijds en de praktijkorganisatie en het financieringssysteem anderzijds.
De determinerende factoren voor artsengedrag (de structuur van de markt is een voorbeeld) vormen het kader voor de analyse, en worden beschreven in de eerste paragraaf. In de tweede paragraaf wordt een aantal ontwikkelingen in de artsensector opgesomd, zoals het toegenomen aanbod van artsen, de gewijzigde verhouding tussen artsen en ziekenhuizen, en de groei van HMO's. In de derde paragraaf worden de resultaten van studies naar artsengedrag in ogenschouw genomen. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen studies die kijken naar verschillen in kosten, in medische consumptie, in kwaliteit en in toegankelijkheid. De onderzoeksagenda komt aan de orde in de laatste paragraaf.

48
HULKA, B.S., WHEAT, J.R.
Patterns of utilization: the patient perspective.
Medical Care; 23, 1985, no. 5, p. 438-460, 80 lit.opgn.
nivel

Dit artikel maakt deel uit van de verslaggeving van de conferentie "HSR 84: planning for the third decade of health services research". Onderzocht worden de factoren die mensen ertoe brengen om patiënt te worden en gebruik te maken van gezondheidszorg. Om inzicht te krijgen in die factoren wordt een overzicht gegeven van vijf deelgebieden in de literatuur:
- gezondheidstoestand en zorgbehoefte;
- demografische kenmerken (ras, sociale klasse);
- beschikbaarheid van artsen;
- organisatorische kenmerken van voorzieningen (in het bijzonder HMO's);
- financierings- en verzekeringssteisels.

Bij het overzicht van de relatie tussen verzekering en medische consumptie wordt eerst gekeken naar studies die hebben onderzocht in hoeverre het gebruik van voorzieningen wordt beïnvloed door het al dan niet hebben van een verzekering. Vervolgens komen studies aan de orde die onderzocht hebben hoe de consumptie varieert met de hoogte van eigen betalingen. Hierbij wordt speciaal aandacht besteed aan de Rand Health Insurance Study vanwege de kracht van de onderzoeksopzet (een gerandomiseerd en gecontroleerd experiment).

Geconcludeerd wordt onder meer dat de gezondheidstoestand de belangrijkste bepalende factor is voor het gebruik van voorzieningen. Het niveau van de consumptie wordt beïnvloed door zowel patiënten als artsen. Wanneer er meer artsen beschikbaar zijn, wordt er vaker een beroep gedaan op artsen. Mensen met een ziektekostenverzekering consumeren meer gezondheidszorg, zowel intramuraal als extramuraal, dan mensen zonder een verzekering. Eigen betalingen leiden tot een afname van het gebruik van voorzieningen.

49
JAMESON, J., SHUMAN, L.J., YOUNG, W.W.
The effects of outpatient psychiatric utilization on the costs of providing third-party coverage.
Medical Care; 16, 1978, no. 5, p. 383-399, 9 lit.opgn.
nivel

In dit artikel wordt beschreven hoe patronen van medische consumptie en totale kosten voor de verzekeraar veranderen wanneer poliklinische psychotherapie in het verzekeringspakket wordt opgenomen. Geanalyseerd worden gegeven van de Amerikaanse Blue Cross-ziektekostenverzekeraar met betrekking tot 138 personen die aanspraak maakten op een uitkering voor poliklinische psychiatrische hulp. De resultaten geven aan dat het totale gebruik van medisch-chirurgische voorzieningen afneemt in de groep die daadwerkelijk gebruik maakt van poliklinische psychotherapie. De gemiddelde kosten per patiënt per maand dalen eveneens. Besproken wordt welke factoren buiten de psychiatrische interventie bijgedragen kunnen hebben aan de kostendaling. Bovendien komen de implicaties van deze bevindingen voor het beleid ter sprake.

50
KLEINMAN, J.C., GOLD, M., MAKUC, D.
Use of ambulatory medical care by the poor: another look at equity.
Medical Care; 19, 1981, no. 10, p. 1011-1029, 17 lit. opgn.
nivel

De toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen voor armen en andere benadeelde groepen in de Verenigde Staten is de laatste 15 jaar aanzienlijk verbeterd. Deze omstandigheden hebben de vraag doen

rijzen of de armen nu gelijke toegang tot gezondheidszorg hebben. In dit artikel wordt bewijsmateriaal gepresenteerd uit de National Health Interview Surveys van 1976 tot 1978 waarin de medische consumptie in verschillende leeftijds-, ras- en inkomensgroepen wordt vergeleken.
Wanneer de uitkomsten niet worden aangepast voor gezondheidstoestand, komen de armen vaker bij een dokter dan mensen met hogere inkomens. Na aanpassing voor leeftijd en gezondheidstoestand zijn deze verschillen echter omgekeerd. Afhankelijk van de gebruikte meetprocedure hebben armen tussen 7 en 44% minder bezoeken dan mensen met een inkomen hoger dan tweemaal de armoedegrens. Bovendien hebben zwarten significant minder bezoeken dan blanken. Er treden grote verschillen op tussen ras- en inkomensgroepen wat betreft de aard van de verkregen ambulante zorg. Zwarten en armen hebben een veel grotere kans om gebruik te maken van ziekenhuisklinieken en een veel kleinere kans om gebruik te maken van artspraktijken of telefonische consultaties. Armen krijgen ook minder preventieve zorg. Uit dit bewijsmateriaal valt op te maken dat er nog meer vooruitgang nodig is om het doel van gelijkheid in de verdeling van medische voorzieningen te bereiken. (vert.aut.ref.)

51
LONG, S.H., SETTLE, R.F., STUART, B.C.
Reimbursement and access to physicians' services under Medicaid.
Journal of Health Economics; 5, 1986, no. 3, p. 235-251, 25 lit.opgn.
nivel

Verscheidene recente onderzoeken hebben aangetoond dat de deelname van artsen aan het staatsprogramma Medicaid direct in verband staat met de hoogte van hun honorarium. Het gevolg is dat indien de staat de honoraria verlaagt, diegenen die in aanmerking komen voor Medicaid, schade lijden omdat de toegang tot artsenhulp voor hen beperkt wordt.
De resultaten die in dit artikel gepresenteerd worden, ondersteunen deze gevolgtrekking niet. Multivariate analyses van patronen van gebruik en van de plaats van consultatie onder niet-bejaarden die in aanmerking komen voor Medicaid, duiden erop dat krappe vergoedingen voor artsen de toegang tot de ambulante zorgverlening niet belemmeren als gelet wordt op alle plaatsen waar een arts geconsulteerd kan worden. (vert.aut.ref.)

52
SLADE, F.P.
The effect of Disability Insurance on health care demand.
Social Science & Medicine; 19, 1984, no. 1, p. 19-25, 12 lit.opgn.
nivel

In dit artikel wordt onderzocht wat voor effecten de groei in het stelsel van arbeidsongeschiktheidsverzekering (Disability Insurance, DI) van de Amerikaanse Social Security Administration heeft op de individuele vraag naar gezondheidszorg. Op grond van een eenvoudig model wordt voorspeld dat DI-uitkeringen zullen leiden tot een vermindering in de individuele vraag naar preventieve zorg (dit met het oog op een zo groot mogelijke kans om door een werkgever aangenomen te worden), terwijl de vraag naar curatieve zorg niet beïnvloed zal worden. Berekeningen van vergelijkingen van de vraag naar gezondheidszorg voor mannen tussen 58 en 63 jaar bevestigen het ontbreken van effecten van DI-uitkeringen op curatieve zorg, terwijl er geringe maar toch significante effecten op preventieve zorg worden gevonden. (vert.aut.ref.)

53
WELCH, B.L., HAY, J.W., MILLER, D.S., OLSEN, R.J., RIPPEY, R.M., WELCH, A.S.
The Rand Health Insurance Study: a summary critique.
Medical Care; 25, 1987, no. 2, p. 148-156, 30 lit.opgn.
nivel

In dit artikel worden vraagtekens geplaatst bij de conclusie van het Rand Health Insurance Experiment dat er verschillen bestaan tussen vormen van ziektekostenverzekering (met name fee-for-service en HMO) in uitgaven voor gezondheidszorg en gebruik van ziekenhuisvoorzieningen. Volgens de auteurs vertonen de Rand-onderzoeksverslagen in ieder geval de volgende tekortkomingen:
- duidelijke vertekening in de presentatie van de resultaten van de studie;
- technische problemen met de experimentele opzet en de statistische interpretatie;
- ontbreken van een vergelijking van gegevens van voor en tijdens het experiment die de gerapporteerde resultaten verzwakt;
- onvoldoende informatie ter ondersteuning van de conclusies en aanbevelingen;

- inconsistenties binnen en tussen onderzoeksverslagen;
- ontbreken van aanvullende documentatie bij de Rand-rapporten.

Op deze kritiek wordt door de Rand-onderzoekers gereageerd in het volgende artikel:

NEWHOUSE, J.P., MANNING, W.G., DUAN, N., MORRIS, C.N., KEELER, E.B., LEIBOWITZ, A., MARQUIS, M.S., ROGERS, W.H. DAVIES, A.R., LOHR, K.N., WARE Jr., J.E., BROOK, R.H.
The findings of the Rand Health Insurance Experiment: a response to Welch et al.
Medical Care; 25, 1987, no. 2, p. 157-179, 87 lit.opgn.
nivel

54
WELLS, K.B., MANNING, W.G., DUAN, N., NEWHOUSE, J.P., WARE Jr., J.E.
Sociodemographic factors and the use of outpatient mental health services.
Medical Care; 24, 1986, no. 1, p. 75-85, 46 lit.opgn.
nivel

Onderzoek in het kader van het Rand Health Insurance Experiment naar de effecten van sociaal-demografische factoren op het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg. De in demografisch opzicht verschillende groepen hebben dezelfde dekking van ziektekosten.
Resultaten:
Inkomen heeft geen significante invloed op het gebruik wanneer er geen verschillen in dekking zijn. Mensen met een hogere sociaal-economische status gaan eerder naar een specialist dan naar een gewone arts wanneer ze psychische problemen hebben. Van de mensen die naar een specialist gaan, veroorzaken degenen met een hogere sociaal-economische status hogere kosten. Vrouwen doen meer een beroep op geestelijke gezondheidszorg dan mannen, en mannen meer dan kinderen. Ook per woonplaats zijn er aanzienlijke verschillen in de omvang van het gebruik.

55
WILENSKY, G.R., FARLEY, P.J., TAYLOR, A.K.
Variations in health insurance coverage: benefits vs. premiums.
Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society; 62, 1984, no. 1, p. 53-81, 22 lit.opgn.
nivel

Veel van de strategieën voor kostenbeheersing in de Amerikaanse gezondheidszorg zijn gericht op het beïnvloeden van de structuur van de uitkeringen van particuliere ziektekostenverzekeringen. In dit artikel worden twee kenmerken van wetsvoorstellen voor gereguleerde concurrentie besproken: het aanbieden van meer opties aan werknemers met betrekking tot de keuze van verzekeringsvormen, en het belastbaar maken van een deel van de door werkgevers betaalde verzekeringspremie. Dergelijke maatregelen brengen verschillende effecten met zich mee in de sfeer van inkomensoverdracht en selectie van slechte risico's. De auteurs benadrukken dat geen van de voorgestelde benaderingen in staat geacht kan worden uitsluitend voordelen op te leveren.

56
YELIN, E.H., KRAMER, J.S., EPSTEIN, W.V.
Is health care use equivalent across social groups? A diagnosis-based study.
American Journal of Public Health; 73, 1983, no. 5, p. 563-571, 18 lit.opgn.
nivel

In eerdere studies naar het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen is de variabele "medische behoefte" gedefinieerd aan de hand van ziektesymptomen of ruime ziekteclassificaties. Het onderzoek waarover in dit artikel wordt gerapporteerd, hanteert zowel symptomen als onderscheiden diagnoses voor de definitie van het begrip "medische behoefte". Het doel van de studie is te bepalen of het gebruik van ambulante en intramurale zorg verschillen vertoont die afhankelijk zijn van ras, inkomen, opleiding, verzekeringsdekking of woonplaats. Er wordt gebruik gemaakt van gegevens uit de National Health Interview Survey uit 1976.
Binnen de negen ziekte-specifieke deelpopulaties in de studie zijn nauwelijks samenhangende verschillen geconstateerd in het gebruik van ambulante zorg naar ras, opleiding, inkomen, regio of verzekeringsdekking. Er bleek een consistente samenhang te bestaan tussen medische behoefte en het gebruik van ambulante voorzieningen. Het was wel zo dat mensen zonder een ziektekostenverzekering minder vaak in het ziekenhuis werden opgenomen in vijf van de negen ziekte-specifieke deelpopulaties. Leden van minderheidsgroepen met diabetes en hypertensie meldden eveneens minder ziekenhuisopnamen. Toch had de variabele medische behoefte verder

wel een sterke invloed op de opnamecijfers. De effecten van verzekeringsdekking en ras waren niet duidelijk in de niet-ziektespecifieke deelpopulaties.
Door gebruik te maken van een striktere definitie van het begrip "medische behoefte" heeft deze studie de bevindingen van ander onderzoek opnieuw bevestigd, namelijk dat de mate waarin voorheen benadeelde groepen gebruik maken van ambulante zorg, is toegenomen. Deze verbetering blijkt vooralsnog niet op te treden in het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen.

57
YESALIS III, C.E., LIPSON, D.P., NORWOOD, G.J., HELLING, D.K., BURMEISTER, L.F., JONES, M.E., FISHER, W.P.
Capitation payment for pharmacy services (I): impact on drug use and pharmacist dispensing behavior.
Medical Care; 22, 1984, no. 8, p. 737-745, 8 lit.opgn.
nivel

De resultaten van een pilot study in twee provincies in de Amerikaanse staat Iowa brachten aan het licht dat hoofdelijke betaling in het geneesmiddelenprogramma van Medicaid aanzienlijke voordelen qua kosten en gebruik kan hebben boven honorering per verrichting. Daarom werd het systeem van hoofdelijke betaling in 1981 uitgebreid tot 32 provincies. In een gecontroleerd onderzoek werden 32 andere regio's betrokken waarin het traditionele fee-for-service systeem nog operationeel was.
Apothekers in de experimentele groep kregen 80% van de verwachte bestedingen voor geneesmiddelen vooruitbetaald, gebaseerd op de categorieën Medicaid-verzekerden in hun cliëntenkring. De overige 20% werd gereserveerd voor aanvullende betalingen, bonusuitkeringen en betalingen voor noodgevallen. De apothekers die aan dit experiment deelnamen, kregen de verzekering dat hun bruto verdiensten met betrekking tot Medicaid-recepten minstens gelijk zouden blijven aan hun mogelijke verdiensten onder honorering per verrichting.
In de pilot study werden onder het systeem van hoofdelijke betaling belangrijke veranderingen waargenomen in de omvang van het geneesmiddelengebruik en in de verstrekkingen van apothekers. In het uitgebreide programma echter werden dergelijke veranderingen in verband met betalingstype niet opgemerkt. Met betrekking tot deze bevindingen worden de attitudes van apothekers besproken. (vert.aut.ref.)

3.2 Consumptieverschillen

58
BLUMBERG, M.S.
Health status and health care use by type of private health coverage.
Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society; 58, 1980, no. 4, p. 633-655, 11 lit.opgn.
nivel

Er wordt nogal druk gespeculeerd over de oorzaken van het geringe gebruik van ziekenhuizen door verzekerden in prepaid group practices (of HMO's) in vergelijking met mensen die op een andere manier verzekerd zijn. Vaak wordt beweerd dat HMO-verzekerden een zelfgeselecteerde gezondere populatie vormen, of dat het gebruik van ziekenhuizen in HMO's niet volledig geregistreerd is. In dit artikel wordt verslag uitgebracht van een grootscheeps onderzoek naar de gezondheidstoestand en het gebruik van ziekenhuizen in een representatieve steekproef (8449 personen) van de bevolking van de grote agglomeraties in de Amerikaanse staat California. De data zijn afkomstig uit de Health Interview Survey van 1975. De populatie is onderverdeeld in verzekerden in prepaid group practices en verzekerden in andere vormen van particuliere ziektekostenverzekering. Naar aanleiding van dit onderzoek wordt de conclusie getrokken dat bovengenoemde beweringen ongegrond zijn.

59
BLUMBERG, M.S.
At risk for hospitalization: differences by health insurance coverage and income.
In: SCHEFFLER, R.M., ROSSITER, L.F. (eds).
Advances in health economics and health services research: a research annual. Vol. 5.
Greenwich, Connecticut, etc.: JAI Press, 1984, p. 277-309, 21 lit.opgn.
nivel (c1709) eur

Een aantal beleidsvraagstukken zou opgehelderd kunnen worden als men wist of verschillen in medische consumptie tussen bevolkingssegmenten toe te schrijven zijn aan verschillen in de relatieve gezondheidstoestand van deze groepen of aan andere factoren. In

deze studie wordt het feitelijke gebruik van ziekenhuizen vergeleken met het verwachte gebruik op grond van leeftijd, geslacht en diagnose-specifieke morbiditeit in vier studiepopulaties:
(1) armen;
(2) niet-armen in prepaid group practices;
(3) niet-armen met een andere vorm van particuliere ziektekostenverzekering;
(4) niet-armen zonder ziektekostenverzekering.
De gegevens zijn ontleend aan de Health Interview Survey 1975. Deze jaarlijkse enquête biedt een schat aan gegevens over gezondheidstoestand en medische consumptie in een representatieve steekproef van de Amerikaanse bevolking. In 1975 werden speciaal vragen opgenomen met betrekking tot de verzekeringsdekking van de geënquêteerden. Het onderzoek beperkt zich tot personen jonger dan 65 jaar die wonen in grote stadsagglomeraties in het westen van de Verenigde Staten.
De verschillen in de relatieve kans op ziekenhuisopname tussen de bestudeerde subpopulaties waren enorm. Zo hadden de armen verreweg de grootste kans om in het ziekenhuis terecht te komen: bijna twee maal zo veel als mensen met een particuliere ziektekostenverzekering. De armen in de leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar liepen twee keer zo veel risico op opname als de algemene populatie in die leeftijdscategorie.
Ook is gebleken dat verzekerden in prepaid group practices naar verhouding meer ziekenhuiszorg nodig hebben dan anders verzekerden. Het zou kunnen dat mensen met een mindere gezondheid zich bij voorkeur in een prepaid group practice verzekeren vanwege de gunstige verzekeringsvoorwaarden.
De verhouding van werkelijke ziekenhuisopnamen tot verwachte ziekenhuisopnamen vertoonde voor de arme subpopulatie een verrassend resultaat: alles bij elkaar was die verhouding niet veel anders dan in de subpopulatie met een particuliere verzekering. De subpopulatie in prepaid group practice lag het minst in het ziekenhuis.

60
BRADY, J., KRIZAY, J.
Utilization and coverage of mental health services in health maintenance organizations.
American Journal of Psychiatry; 142, 1985, no. 6, p. 744-746, 6 lit. opgn.
nivel (c1612) bru

Health Maintenance Organizations hebben over het algemeen een erg beperkte dekking van geestelijke gezondheidszorg en zijn beschuldigd van het onrechtvaardig behandelen van chronische patiënten uit economische motieven. De auteurs analyseren gegevens uit 1979 en 1980 van 53 door de overheid erkende HMO's met betrekking tot dekking en gebruik van voorzieningen. Zij concluderen dat de dekking inderdaad beperkt is in nagenoeg alle bestudeerde HMO's. De gebruikscijfers in de HMO's lopen echter sterk uiteen en vertonen geen samenhang met de omvang van de dekking. Zij suggereren dat beslissingen op managementniveau uitmaken in welke mate er in HMO's daadwerkelijk gebruik gemaakt kan worden van voorzieningen op het vlak van geestelijke gezondheid.

61
CRAIG, T.J., PATTERSON, D.Y.
A comparison of mental health costs and utilization under three insurance models.
Medical Care; 19, 1981, no. 2, p. 184-192, 17 lit.opgn.
nivel

Analyse van eerder gepubliceerde onderzoeksresultaten met betrekking tot het gebruik en de kosten van geestelijke gezondheidszorg onder drie verschillende verzekeringsmodellen: prepaid group practice, een verzekering die de kosten van behandelingen dekt door middel van honorering per verrichting, en een verzekering die patiënten schadeloos stelt door het uitkeren van een vast geldbedrag (Blue Cross/Blue Shield).
In het PGP-model wordt in verhouding het meest gebruik gemaakt van polikliniische voorzieningen en het minst van intramurale voorzieningen, terwijl de kosten vergelijkbaar zijn met die in de andere modellen. Het lijkt erop dat in het PGP-model de meeste successen worden geboekt als het gaat om het helpen van mensen met psychische problemen, omdat in prepaid group practices een relatief groot deel van de verzekerde populatie toegang heeft tot specialistische geestelijke gezondheidszorg. Met de conclusies van deze analyse moet voorzichtig omgesprongen worden omdat er nogal wat vertekening kan zijn opgetreden door verschillen in de verzekerde populatie per model, in behandelingsfilosofie en in polisstructuur.

62
DIEHR, P., WILLIAMS, S.J., MARTIN, D.P., PRICE, K.
Ambulatory mental health services utilization in three provider plans.
Medical Care; 22, 1984, no. 1, p. 1-13, 14 lit.opgn.
nivel

Onderzoek naar het gebruik van geestelijke gezondheidszorg in drie verzekeringsstelsels: Blue Cross, een HMO, en een IPA waarin de eerstelijnsarts verantwoordelijk is voor alle zorg die iemand nodig heeft. Ongeveer 7,3% van de verzekerden in alle drie stelsels deden enig beroep op geestelijke gezondheidszorg in de 18 maanden dat de studie duurde. Het percentage verzekerden dat geestelijke gezondheidszorg gebruikte, was in Blue Cross lager dan in de andere twee verzekeringen, maar de totale consumptie per verzekerde en per gebruiker was in Blue Cross veel hoger dan in de HMO en de IPA. Het gebruik was het hoogst in de leeftijdsgroep tussen 19 en 44 jaar, en er waren geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen in het gebruik van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen. In alle drie de verzekeringsvormen waren er substantiële verschillen naar ras: blanken deden vaker een beroep op voorzieningen dan niet-blanken en hadden meer consulten.
Een soortgelijke studie is uitgevoerd in de vroege jaren zeventig in een populatie bestaand uit mensen met een laag inkomen die waren verzekerd in Blue Cross en de HMO. De resultaten komen overeen met de huidige studie, behalve dat in de oudere studie de consumptie van geestelijke gezondheidszorg geringer was en het gebruik onder mannen lager was dan onder vrouwen. Deze verschillen kunnen worden toegeschreven aan het verschil in de sociaaleconomische status van de verzekerden in beide studies, dan wel aan de toegenomen aanvaardbaarheid van geestelijke gezondheidszorg, in het bijzonder voor mannen. (vert.aut.ref.)

63
DIEHR, P., PRICE, K., WILLIAMS, S.J., MARTIN, D.P.
Factors related to the use of ambulatory mental health services in three provider plans.
Social Science & Medicine; 23, 1986, no. 8, p. 773-780, 26 lit.opgn.
nivel

Onderzocht is hoe het gebruik van voorzieningen van ambulante geestelijke gezondheidszorg door volwassenen samenhangt met sociaal-demografische en behoeftefactoren en met verschillende vormen van ziektekostenverzekering. De volgende verzekeringsvormen zijn in het onderzoek betrokken: Blue Cross, een verzekering op basis van honorering per verrichting met eigen betalingen; Group Health Cooperative, een prepaid group practice met nagenoeg 100% dekking; United Healthcare, een independent practice association met geringe eigen bijdragen, waarin een eerstelijnsarts alle zorg voor de patiënt in handen heeft.
Uit de resultaten blijkt dat het geslacht geen belangrijke rol speelt bij het gebruik, dat een slechte gezondheid en een lagere sociaal-economische status samenhangen met de kans op minstens één consult, maar dat een betere gezondheid en een hogere sociaal-economische status vervolgens tot een hogere gebruiksfrequentie leiden. De verzekeringssteisels verschilden niet veel wat betreft het percentage verzekerden dat enig gebruik maakt van de voorzieningen, maar Blue Cross-verzekerden die gebruik maakten van ambulante geestelijke gezondheidszorg, hadden twee tot drie keer zoveel bezoeken en hogere kosten dan gebruikers binnen de PGP of de IPA. Wellicht komt dit doordat in die organisatie eerstelijnsartsen meer psychologische hulpverlening voor hun rekening nemen. Ook was er verschil met betrekking tot inkomenseffecten, behoefte en symptoomgevoeligheid.

64
DOLFMAN, M.L.
Health care service utilization under two types of insurance.
Health Care Management Review; 9, 1984, no. 2, p. 21-28, 2 lit.opgn.
nivel (c1586) bru

Onderzoek naar medische consumptie onder verzekerden bij twee door de werkgever gefinancierde verzekeringen in Philadelphia die enigszins verschilden in de hoogte van de eigen betalingen die van verzekerden gevergd werden. Geanalyseerd zijn demografische kenmerken van de verzekerden, premiehoogte en maximale kosten, aantal ziekenhuisopnamen, omvang van het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen, gemiddelde verblijfsduur, kosten per opname en per dag, kosten per verzekerde en ontslagdiagnose. Het blijkt dat mensen die een groter financieel risico aanvaarden bij hun verzekering tegen ziekenhuiskosten, minder gebruik maken van voorzieningen dan verzekerden zonder eigen risico.

65
DUTTON, D.B.
Patterns of ambulatory health care in five different delivery systems.
Medical Care; 17, 1979, no. 3, p. 221-243, 69 lit.opgn.
nivel

Vergelijkende studie naar de invloed van vijf sterk verschillende verstrekkingssystemen op het gebruik van ambulante zorg door patiënten in Washington, D.C.: een solopraktijk, een groepspraktijk met honorering per verrichting, een prepaid group practice, publieke klinieken en polikliniische afdelingen of "emergency rooms" in een ziekenhuis.
Resultaten:
Bij voorzieningen die voornamelijk door armen werden gebruikt (polikliniische afdelingen, emergency rooms en publieke klinieken) bleken belangrijke structurele en financiële barrières te bestaan, en het gebruik op initiatief van de patiënt was daar het laagst. In de prepaid group practice daarentegen was de mate waarin patiënten toegang hadden tot zowel preventieve als curatieve zorg het grootst; er bleken ook geen belemmeringen te bestaan voor door de arts bepaalde vervolgbehandelingen.
Het systeem van honorering per verrichting lijkt een aantal onaangename effecten te hebben. Met name arme patiënten blijken afgeschrikt te worden van het gebruik van preventieve en curatieve zorg, terwijl artsen juist worden aangemoedigd om veel vervolgbehandelingen toe te passen. Bovendien zijn de voorzieningen in systemen met honorering per verrichting minder rechtvaardig verdeeld dan in de prepaid group practice, zowel qua inkomen als qua medische behoefte. Deze bevindingen hebben rechtstreekse implicaties voor beleidsbeslissingen ten aanzien van de organisatie en financiering van ambulante zorg.

66
FARLEY, P.J.
Hospital and ambulatory services for selected illnesses.
Health Services Research; 21, 1986, no. 5, p. 587-616, 32 lit.opgn.
nivel

De meeste studies naar het gebruik van gezondheidszorg en de invloed van de verzekeringsvorm daarop gaan uit van een algemene

populatie die niet nader is gedifferentieerd naar de soort ziekte of klachten die men heeft. In dit Amerikaanse onderzoek zijn nationale enquêtegegevens gebruikt om de behandeling van een aantal geselecteerde ziekten te beschrijven en te analyseren: hypertensie, hartklachten, hernia, gynaecologische infectie, menstruatiestoornissen, andere gynaecologische aandoeningen, longontsteking en urineweginfecties. Het aantal bezoeken aan medische praktijken, de hoeveelheid diagnostische tests, de gemiddelde prijs, en het gebruik van klinische en poliklinische ziekenhuisvoorzieningen zijn geanalyseerd in een econometrisch model. Verschillen in de behandeling van patiënten met dezelfde ziekten hangen samen met de hoogte van de verzekeringsdekking, de beschikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen en artsen, en andere economische overwegingen. Ook is het aannemelijk dat er substitutie plaatsvindt van ziekenhuis- en ambulante voorzieningen als gevolg van economische en medische overwegingen.

67
FRANK, R.G., WELCH, W.P.
The competitive effects of HMOs: a review of the evidence.
Inquiry; 22, 1985, no. 2, p. 148-161, 64 lit.opgn.
nivel (c1608) kub

Hoewel er in de studie naar de concurrerende werking van HMO's belangrijke methodologische gevechten zijn gevoerd en hoewel er nogal wat informatie is verkregen uit casusstudies, staat de formulering van substantiële conclusies met betrekking tot de marktpenetratie van HMO's nog in de kinderschoenen. Dit geldt in het bijzonder voor de invloed van HMO's op het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen, voornamelijk omdat de empirische resultaten die in de literatuur worden gerapporteerd, gevoelig blijken te zijn voor geringe verschillen in de specificatie van modellen en de keuze van data. Bovendien moet nog een geschikte manier worden gevonden om het verband tussen gebruik van voorzieningen en HMO-marktaandeel te bepalen.
Dit overzicht van recent onderzoek richt zich op econometrisch bewijsmateriaal. De auteurs maken melding van tegenstrijdige resultaten in de studie van de invloed van HMO's in de markt van ziekenhuisvoorzieningen en doen suggesties voor methodologische verbeteringen. Benadrukt wordt de rol van werkgevers in de beslissing om een verzekering te kopen.

68
FRANK, R.G., McGUIRE, T.G.
A review of studies of the impact of insurance on the demand and utilization of specialty mental health services.
Health Services Research; 21, 1986, no. 2, dl. II, p. 241-265, 47 lit.opgn.
nivel

In dit artikel worden de resultaten samengevat en geëvalueerd van meer dan 40 gepubliceerde en ongepubliceerde studies naar de relatie tussen wijze van dekking van ziektekosten door de verzekering en het gebruik van voorzieningen van geestelijke gezondheidsheidszorg. De nadruk ligt op recente studies. Studies worden onderverdeeld in een eerste, tweede en derde generatie; de eerste generatie neemt het totale gebruik van voorzieningen als afhankelijke variabele, de tweede bestudeert het individuele gebruik in een jaar, de derde generatie onderzoekt behandelingsepisodes. Indien meer inzicht kan worden verkregen in de manier waarop patiënten verwachtingen vormen omtrent hun behandeling en de kosten daarvan, kan die nieuwe generatie in het onderzoek meer gedetailleerde informatie opleveren over reacties aan de vraagzijde op specifieke verzekeringsvoorwaarden zoals eigen risico's en dekkingslimieten. Vooralsnog kan alleen worden geconcludeerd dat de vraag naar geestelijke gezondheidszorg globaal afneemt onder invloed van eigen betalingen.

69
GREMBOWSKI, D., CONRAD, D., MILGROM, P.
Utilization of dental services in the United States and an insured population.
American Journal of Public Health; 75, 1985, no. 1, p. 87-89, 18 lit. opgn.
nivel

Cijfers met betrekking tot het gebruik van tandartsenhulp onder 1,2 miljoen verzekerden bij het Pennsylvania Blue Shield zijn vergeleken met soortgelijke cijfers uit de totale bevolking van de Verenigde Staten. Mensen die verzekerd zijn blijken vaker naar de tandarts te gaan dan de gemiddelde Amerikaan; kinderen blijken in belangrijke mate te profiteren van het stimulerende effect van verzekeringen op het gebruik van tandartsvoorzieningen. Besproken

worden de implicaties van deze resultaten voor beleidsmakers en verzekeraars. Zo wordt opgemerkt dat het inkrimpen van overheidsprogramma's voor goedkope dan wel gratis tandartsenhulp ten behoeve van gezinnen met lage inkomens (zoals Medicaid) kan leiden tot een daling van het aantal bezoeken aan tandartsen; dit zou een bedreiging kunnen vormen voor de orale gezondheid van de deelnemers aan die programma's.

70
LUFT, H.S.
How do health-maintenance organizations achieve their "savings"? Rhetoric and evidence.
New England Journal of Medicine; 298, 1978, no. 24, p. 1336-1343, 47 lit.opgn.
nivel (c1602) bru

HMO's zijn afgeschilderd als een middel om de kostenspiraal in de gezondheidszorg te bedwingen. Hoewel veel van de argumenten tamelijk retorisch zijn, bestaan er theoretische overwegingen die aangeven dat de verschuiving van honorering per verrichting naar een vastgesteld budget voor de verstrekkers (artsen en ziekenhuizen) zal leiden tot aanzienlijke besparingen. De totale kosten voor HMO-deelnemers (premie en eigen bijdragen) zijn 10 tot 40 procent lager dan die voor vergelijkbare personen met een "traditionele" ziektekostenverzekering. HMO-verzekerden doen ongeveer even vaak een beroep op ambulante zorg als vergelijkbare groepen. De verschillen in de kosten kunnen voor het grootste deel worden toegeschreven aan de aantallen ziekenhuisdagen, die in HMO's ongeveer 30% lager uitvallen dan in conventioneel verzekerde populaties. Deze lagere aantallen worden nagenoeg volledig veroorzaakt door minder opnamen; er is weinig verschil in de gemiddelde ligduur per opname. Er zijn geen aanwijzingen dat in HMO's voor specifieke categorieën aandoeningen minder ziekenhuisopnamen voorkomen; over de gehele linie worden patiënten minder snel opgenomen. (vert.aut.ref.)

71
MANNING, W.G., LEIBOWITZ, A., GOLDBERG, G.A., ROGERS, W.H., NEWHOUSE, J.P.
A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services.
New England Journal of Medicine; 310, 1984, no. 23, p. 1505-1510, 24 lit.opgn.
nivel bru

In het kader van het Rand Health Insurance Experiment is onderzocht of in een prepaid group practice minder medische zorg wordt verstrekt dan in het verrichtingensysteem wanneer er vergelijkbare populaties met vergelijkbare verzekeringspolissen worden bediend. Een groep van 1580 personen is aselect ondergebracht bij een arts naar keuze die wordt gehonoreerd per verrichting, of bij de Group Health Cooperative of Puget Sound, een prepaid group practice in Seattle, Washington. Bovendien werd een groep die reeds was verzekerd bij de prepaid group practice, bestudeerd als controlegroep. Al deze groepen hadden een volledige verzekeringsdekking.
Het aantal ziekenhuisopnamen in beide PGP-groepen was ongeveer 40% lager dan in de "verrichtingengroep", hoewel de aantallen ambulante consulten gelijk waren. De gecalculeerde gezondheidszorguitgaven voor alle diensten waren ongeveer 25% lager in de twee PGP-groepen. Het aantal preventieve consulten was hoger in de PGP-groepen, maar dit verklaart niet het verschil in ziekenhuisopnamen. De medische consumptie was in beide PGP-groepen gelijk, wat aangeeft dat de gezondheidsrisico's in de PGP overeenkomen met die in de "verrichtingengroep". Het geringere gebruik dat in de PGP is waargenomen, gevoegd bij vergelijkbare verminderingen in consumptie die door anderen in niet-gecontroleerde studies zijn geconstateerd, geeft aan dat de stijl van hulpverlening in de prepaid group practice duidelijk minder "ziekenhuisintensief" is en derhalve goedkoper. (vert.aut.ref.)

72
MANNING Jr., W.G., WELLS, K.B., BENJAMIN, B.
Use of outpatient mental health services over time in a Health Maintenance Organization and fee-for-service plans.
American Journal of Psychiatry; 144, 1987, no. 3, p. 283-287, 21 lit.opgn.
nivel (c1515)

In het kader van het Rand Health Insurance Experiment is onderzocht of er over een periode van vijf jaar verschillen in het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg voorkomen tussen een HMO en verzekeringsvormen die zijn gebaseerd op honorering per verrichting. In elk jaar op zich bleken deelnemers van een HMO en deelnemers aan andere verzekeringsvormen evenveel kans te lopen om een specialist voor geestelijke gezondheidszorg te bezoeken. Over verschillende jaren gemeten bleken HMO-verzekerden 50% meer kans te hebben om ooit een specialist te bezoeken, maar de behandeling duurde meestal niet langer dan een jaar; verzekerden in een verrichtingensysteem maakten meer kans om gedurende meer dan een jaar geestelijke gezondheidszorg te krijgen. (vert. aut.ref.)

73
McLAUGHLIN, C.G.
HMO growth and hospital expenses and use: a simultaneous-equation approach.
Health Services Research; 22, 1987, no. 2, p. 183-205, 32 lit.opgn.
nivel

Een belangrijk probleem bij eerdere studies die de effecten hebben berekend van prepaid group practices (PGP's) op de kosten en het gebruik van ziekenhuizen, is dat de groeicijfers van PGP's worden behandeld als exogene variabelen. In die studies wordt een verband vastgesteld tussen kosten en gebruik van ziekenhuizen enerzijds en PGP-marktaandeel anderzijds, maar die relatie moet in twijfel worden getrokken als de toetreding en de daaropvolgende groei van PGP's juist beïnvloed wordt door hoge ziekenhuiskosten en lage gebruikscijfers. Om onderscheid te maken tussen de effecten van PGP-groei op kosten en gebruik van ziekenhuizen enerzijds en de effecten van kosten en gebruik van ziekenhuizen op PGP-groei anderzijds wordt in dit artikel een model met simultane vergelijkingen geschat, waarbij gebruik wordt gemaakt van gegevens uit het tijdvak 1972-1982 die betrekking hebben op 25 SMSA's ("standard metropolitan statistical areas"). De resultaten geven aan dat de groei van prepaid group practices een duidelijk positief effect heeft op de gemiddelde ziekenhuiskosten per dag en per opname in een SMSA, maar geen duidelijk effect op de gemiddelde ziekenhuiskosten per persoon. PGP-groei heeft eveneens

een duidelijk negatief effect op zowel toelatingscijfers als gemiddelde verblijfsduur in ziekenhuizen. Anders dan blijkt uit single-equation-modellen leiden hogere ziekenhuiskosten per dag of per opname niet tot een hoger marktaandeel van PGP's in een SMSA. In feite kan een significant hoger PGP-marktaandeel worden toegeschreven aan zowel lagere ziekenhuiskosten per hoofd en lagere opnamecijfers. (vert.aut.ref.)

Zie ook:

McLAUGHLIN, C.G., MERRILL, J.C., FREED, A.J.
The impact of HMO growth on hospital costs and utilization.
In: SCHEFFLER, R.M., ROSSITER, L.F. (eds).
Advances in health economics and health services research: a research annual. Vol. 5.
Greenwich, Connecticut, etc.: JAI Press, 1984, p. 57-93, 40 lit. opgn.

eur

74

NEWHOUSE, J.P., SCHWARTZ, W.B., WILLIAMS, A.P., WITSBERGER, C.
Are fee-for-service costs increasing faster than HMO costs?
Medical Care; 23, 1985, no. 8, p. 960-966, 12 lit.opgn.
nivel

Het is bekend dat de kosten van de zorg in health maintenance organizations (HMO's) altijd lager zijn geweest dan in de honorering-per-verrichting-sector. Hoe de kosten in elk van deze sectoren zijn veranderd, is echter minder goed beschreven. De enige vroegere studie op dit terrein, die de ervaring met HMO's in de jaren 60 en de beginjaren 70 onderzocht, kwam tot de conclusie dat de kosten in HMO's en bij honorering per verrichting in ongeveer hetzelfde tempo toenamen. Ook in dit artikel, waarin een soortgelijke analyse wordt uitgevoerd met betrekking tot de periode 1976-1981, wordt aangetoond dat de kostenstijgingen in beide sectoren elkaar nauwelijks ontlopen. Deze bevindingen zijn consistent met eerdere conclusies dat HMO's een eenmalige kostenvermindering opleveren. De kostenstijgingen in beide sectoren vormen ook een aanwijzing dat het publiek bereid is geweest om mee te betalen aan de gestegen kosten van de moderne medische technologie. (vert.aut.ref.)

75
RIEDEL, D.C., WALDEN, D.C., MEYERS, S.M., WILSON, R. (eds).
Use of health care resources: a comparative study of two health plans.
Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1984. xix + 303 p., 155 lit.opgn., tabn., index.
wvc

Eerder onderzoek heeft onomwonden aangetoond dat het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen in prepaid group practices lager ligt dan in traditionele systemen waarin artsen per verrichting worden betaald. Dit boek brengt verslag uit van een onderzoek naar het gebruik en de kosten van gezondheidszorg onder twee verzekeringsvormen die beiden worden aangeboden in het Federal Employees Health Benefits Program. Onderzocht zijn omvang en aard van de verschillen in gebruik en kosten van intramurale en poliklinische ziekenhuisvoorzieningen tussen een prepaid group practice (de Group Health Association) en een fee-for-service verzekering (Blue Cross and Blue Shield). Ook is onderzocht wat de invloed van respectievelijk gebruikers en zorgverleners is op die verschillen. De medische consumptie blijkt in de prepaid group practice duidelijk minder te zijn dan in het fee-for-service-systeem. De oorzaken hiervoor zijn niet eenvoudig aan te geven omdat ze samenhangen met demografische variabelen, de manier waarop de artsen werken en de soorten ziekenhuizen.

76
SCHUT, F.T.
Health Maintenance Organizations: een geïntegreerde wijze van verstrekken en verzekeren van gezondheidszorg.
Lochem, Gent: Uitgeversmaatschappij De Tijdstroom, 1986. 261 p., 207 lit.opgn., tabn.
nivel (b1398)

HMO's zijn organisaties voor verstrekking en verzekering van medische zorg die in het afgelopen decennium een steeds belangrijkere rol zijn gaan spelen in de Amerikaanse gezondheidszorg. In een aantal opzichten verschillen HMO's fundamenteel van het traditionele gezondheidszorgsysteem in de Verenigde Staten: de vereniging van verstrekking en verzekering van zorg in één organisatie, de integrale zorgverlening met lage financiële drempels

voor de consument, en de organisatie- en financieringsstructuur. De ervaringen in de VS suggereren dat de HMO-aanpak kan leiden tot kwalitatief minstens gelijkwaardige zorg tegen 10 tot 40 procent lagere kosten ten opzichte van het traditionele systeem van honorering per verrichting en verzekering door derde partijen.
Dit boek bouwt voort op de literatuurstudie van Luft. De opzet van de studie is als volgt. In het eerste hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van HMO's en andere, HMO-achtige, organisatievormen. In het tweede hoofdstuk wordt ingegaan op het vraagstuk van selectie van verzekerden en artsen in HMO's. Het derde hoofdstuk is gewijd aan het gebruik van gezondheidszorg in HMO's, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen intramurale, extramurale, preventieve en geestelijke gezondheidszorg. Ook wordt aandacht besteed aan de vergelijking van de medische consumptie in HMO's en daarbuiten. De kosten van de zorg staan centraal in het vierde hoofdstuk. Ook hier worden verschillen tussen HMO's en het traditionele stelsel uitvoerig belicht. De laatste drie hoofdstukken hebben betrekking op de kwaliteit van de zorg, de tevredenheid onder consumenten en artsen over de zorg, en de rol van de medische professie, de overheid en de ziektekostenverzekeraars bij de ontwikkeling van het HMO-concept.

77
SCITOVSKY, A.A.
The use of medical services under prepaid and fee-for-service group practice.
Social Science & Medicine; 15C, 1981, no. 2, p. 107-116, 11 lit.opgn.
nivel

In deze studie wordt een vergelijking ondernomen van het gebruik van medische zorg onder twee vooruitbetaalde verzekeringsvormen die worden aangeboden aan dezelfde groep werknemers en hun gezinnen. In de ene verzekering (Kaiser) wordt alle zorg verstrekt door een prepaid group practice; alle ziekenhuisopnamen vinden plaats in ziekenhuizen die eigendom zijn van Kaiser. Artsen lopen dus risico's met betrekking tot de kosten van de voorzieningen waarvoor deelnemers verzekerd zijn. In de andere verzekering (Clinic) is dat laatste niet het geval. In de Clinic-verzekering worden artsenhulp en extramurale voorzieningen geboden door een grote fee-for-service group practice, terwijl ziekenhuisopnamen

worden gedekt door een Blue-Cross-verzekering die in de Clinic-verzekering is opgenomen.
De resultaten geven aan dat, afgezien van een aantal relatief onbelangrijke uitzonderingen, het patroon van medische consumptie onder de twee verzekeringsvormen opvallend sterk overeenkomt. Dit geldt zowel voor ambulante zorg, consulten op initiatief van de patiënt, contacten op initiatief van de arts, als voor ziekenhuisopnamen. Geopperd wordt dat het geringe gebruik van ziekenhuizen alsmede van bijkomende voorzieningen in de fee-for-service group practice te danken is aan de controle over het artsenaanbod in de group practice die geen nieuwe artsen aantrekt tenzij alle leden volledig bezet zijn.

Zie ook:

(1) SCITOVSKY, A.A., BENHAM, L., McCALL, N.
Use of physician services under two prepaid plans.
Medical Care; 17, 1979, no. 5, p. 441-460, 7 lit.opgn.
nivel

(2) SCITOVSKY, A.A., McCALL, N.
Use of hospital services under two prepaid plans.
Medical Care; 18, 1980, no. 1, p. 30-41, 15 lit. opgn.
nivel

(3) SCITOVSKY, A.A., BENHAM, L., McCALL, N.
Out-of-plan use under two prepaid plans.
Medical Care; 19, 1981, no. 12, p. 1165-1193, 23 lit.opgn.
nivel

78

SIU, A.L., SONNENBERG, F.A., MANNING, W.G., GOLDBERG, G.A., BLOOMFIELD, E.S., NEWHOUSE, J.P., BROOK, R.H.
Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans.
New England Journal of Medicine; 315, 1986, no. 20, p. 1259-1266, 27 lit.opgn.
nivel (c1592) bru wvc

Onderzoek naar geografische variatie in de hoeveelheid onjuiste ziekenhuisopnamen en het effect van eigen betalingen op die hoeveelheid. De medische gegevens van 1132 in het ziekenhuis opgenomen volwassenen uit het Rand Health Insurance Experiment zijn nagekeken door twee artsen die geen kennis hadden van de wijze waarop patiënten verzekerd waren. Naar hun oordeel was 23% van de

ziekenhuisopnamen onnodig en had nog eens 17% vermeden kunnen worden door poliklinisch ingrijpen. Er was verschil in de percentages onjuiste opnamen tussen de zes plaatsen van het experiment, maar plaatsen met een kleine hoeveelheid totale opnamen hadden niet noodzakelijk kleine percentages onjuiste opnamen. Eigen betalingen leiden niet tot een serieuze afname van het aantal onjuiste ziekenhuisopnamen in vergelijking met verzekeringsvormen waarin de dekking 100% is.

79

WARE Jr., J.E., BROOK, R.H., ROGERS, W.H., KEELER, E.B., DAVIES, A.R., SHERBOURNE, C.D., GOLDBERG, G.A., CAMP, P., NEWHOUSE, J.P.
Comparison of health outcomes at a health maintenance organization with those of fee-for-service care.
Lancet; 1986 (vol. I), no. 8488, p. 1017-1022, 39 lit. opgn.
nivel (c1610) bru

Om te bepalen of de gezondheid van verzekerden in een HMO uiteindelijk verschilt van de gezondheid van verzekerden in een systeem met honorering per verrichting zijn in het kader van het Rand Health Insurance Experiment 1673 individuen tussen 14 en 61 jaar voor een periode van drie of vijf jaar aselect ondergebracht in een HMO dan wel een FFS-verzekering in Seattle, Washington. Bij HMO-verzekerden met een goed inkomen die aanvankelijk in goede gezondheid verkeerden, zijn geen ongunstige effecten opgetreden. De gezondheidsuitkomsten in de twee systemen vertoonden verschillen voor personen met hogere en lagere inkomens die het experiment begonnen met gezondheidsproblemen. Voor de groep met hogere inkomens die aanvankelijk ongezond was, leverde de HMO in vergelijking met gratis FFS-zorg significante verbeteringen op in de gezondheid en met name in cholesterolpeil. De laagbetaalde HMO-verzekerden die gezondheidsproblemen hadden in het begin van de studie, scoorden significant hoger dan mensen met gratis FFS-zorg wat betreft ligdagen per jaar als gevolg van ziekte en wat betreft ernstige symptomen; het sterfterisico was in die groep significant groter in vergelijking met FFS-verzekerden met eigen betalingen. (vert.aut.ref.)

80
WELLS, K.B., MANNING Jr., W.G., BENJAMIN, B.
Use of outpatient mental health services in HMO and fee-for-service plans: results from a randomized controlled trial.
Health Services Research; 21, 1986, no. 3, p. 453-474, 38 lit.opgn.
nivel

In het kader van de Rand Health Insurance Study is onderzocht of een prepaid group practice (PGP) minder ambulante geestelijke gezondheidszorg verleent dan de honorering-per-verrichting-sector, wanneer zij vergelijkbare populaties met vergelijkbare verzekeringsvoorwaarden bedienen.
Mensen die in een verzekeringsvorm volgens het verrichtingensysteem zonder eigen betalingen zitten, hebben evenveel kans om in een jaar tijd een specialist in de geestelijke gezondheidszorg te bezoeken als deelnemers van een PGP, maar zij veroorzaken 2,8 keer zoveel kosten. Dit verschil wordt veroorzaakt doordat in de PGP minder visites per gebruiker plaatsvinden, doordat in de PGP substitutie plaatsvindt van psychiatrische maatschappelijk werkers voor psychiaters en psychologen, en doordat in de PGP meer gebruik wordt gemaakt van groepstherapieën dan van individuele therapie.
De experimentele opzet garandeert dat deze verschillen niet voortkomen uit negatieve selectie. Er is geen bewijs gevonden voor een duidelijke negatieve selectie van intreding of uittreding met betrekking tot de PGP. Een complete evaluatie van de wenselijkheid van zorgverlening in PGP's of binnen een stelsel van honorering per verrichting kan niet worden uitgevoerd, omdat er nog geen gegevens over gezondheidsuitkomsten beschikbaar zijn.

81
WELLS, K.B., MANNING Jr., W., BENJAMIN, B.
A comparison of the effects of sociodemographic factors and health status on use of outpatient mental health services in HMO and fee-for-service plans.
Medical Care; 24, 1986, no. 10, p. 949-960, 28 lit. opgn.
nivel

Vergelijkend onderzoek naar de invloed van de variabelen leeftijd, geslacht, sociaal-economische status en geestelijke en lichamelijke gezondheidstoestand op het gebruik van ambulante gees-

telijke gezondheidszorg in een gevestigde HMO en in verschillende verzekeringssteisels die werken met honorering per verrichting. Het onderzoek vond plaats in Seattle, één van de plaatsen waar de Rand Health Insurance Study werd uitgevoerd. Gezinnen werden aselect ingedeeld in één van de verzekeringssystemen.
De belangrijkste conclusies:
Volwassenen doen veel vaker dan kinderen een beroep op ambulante geestelijke gezondheidszorg in zowel een HMO als een "fee-for-service"-systeem met identieke dekking (namelijk 100%). Het is wel zo dat het verschil in gebruik tussen volwassenen en kinderen in de verzekering die gebaseerd is op honorering per verrichting significant groter is dan in de HMO. Een hogere opleiding leidt in "fee-for-service"-stelsels tot een significant sterkere toename in het gebruik dan in de HMO. De hoogte van het inkomen heeft een significant negatief effect op het gebruik in zowel de HMO als in de "fee-for-service"-verzekering. De geestelijke en lichamelijke gezondheidstoestand heeft een vergelijkbare, sterke invloed op het gebruik van voorzieningen in beide soorten verzekeringssteisels.

82
WELLS, K.B., MANNING Jr., W.G., DUAN, N., NEWHOUSE, J.P., WARE Jr., J.E.
Use of outpatient mental health services by a general population with health insurance coverage.
Hospital & Community Psychiatry; 37, 1986, no. 11, p. 1119-1125, 27 lit.opgn.
nivel (c1611) bru

Analyse van het gebruik van voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg door 4254 personen die deelnamen aan de Rand Health Insurance Study. Geprobeerd is gebruikspatronen te voorspellen in een algemene populatie met een opgelegde verzekeringsdekking. In de studie zijn gezinnen, waarvan de leden in leeftijd varieerden van 0 tot 62 jaar, aselect ondergebracht in 14 verschillende verzekeringen die een grote verscheidenheid aan voorzieningen dekten, ongeacht de verstrekker. Gedurende een periode van een jaar bracht minder dan vier procent van de verzekerden een bezoek aan een specialist op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, en slechts 7,1% consulteerde een willekeurige arts voor geestelijke problemen. Ongeveer de helft van de mensen die poliklini-

sche geestelijke gezondheidszorg ontvingen, bezochten uitsluitend algemene medische hulpverleners. De jaarlijkse uitgaven voor poliklinische geestelijke gezondheidszorg per verzekerde bedroegen ongeveer $25. De auteurs vergelijken hun bevindingen met die van andere studies en bespreken de implicaties voor de verzekeringsdekking van geestelijke gezondheidszorg. (vert.aut.ref.)

83
YELIN, E.H., HENKE, C.J., KRAMER, J.S., NEVITT, M.C., SHEARN, M., EPSTEIN, W.V.
A comparison of the treatment of rheumatoid arthritis in health maintenance organizations and fee-for-service practices.
New England Journal of Medicine; 312, 1985, no. 15, p. 962-967, 25 lit.opgn.
nivel (c1607) bru

Deze studie vergelijkt het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen (zowel in ziekenhuizen als ambulant) door patiënten met reumatoïde arthritis die onder behandeling staan van reumatologen in prepaid group practices en fee-for-service praktijken. De deelnemende artsen uit een aselecte steekproef van de helft van de reumatologen in Noord-California hielden een logboek bij van al hun patiënten bij wie duidelijke gevallen van reumatoïde arthritis waren vastgesteld. De auteurs namen bij 822 van deze patiënten een interview af om informatie te verkrijgen over het gebruik van voorzieningen. Ziekenhuisopnamen en operaties kwamen bij patiënten in prepaid group practices ongeveer even vaak voor als bij patiënten in fee-for-service praktijken. Deze laatste categorie maakte wel meer gebruik van ambulante voorzieningen. Geconcludeerd wordt dat het gebruik van dure voorzieningen (ziekenhuisopnamen en operaties) ten behoeve van de zorg voor patiënten met reumatoïde arthritis niet verschilt in fee-for-service praktijken en prepaid group practices. (vert.aut.ref.)

3.3 Effecten van eigen betalingen

84

BROOK, R.H., WARE Jr., J.E., ROGERS, W.H., KEELER, E.B., DAVIES, A.R., DONALD, C.A., GOLDBERG, G.A., LOHR, K.N., MASTHAY, P.C., NEWHOUSE, J.P.

Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial.

New England Journal of Medicine; 309, 1983, no. 23, p. 1426-1434, 34 lit.opgn.

nivel bru

In het kader van het Rand Health Insurance Experiment is onderzocht of gratis gezondheidszorg uiteindelijk leidt tot een betere gezondheid dan verzekeringsvormen waarin de patiënt een deel van de kosten moet dragen. Bij het onderzoek zijn 3958 personen betrokken die niet door een handicap arbeidsongeschikt waren. Zij zijn gedurende drie of vijf jaar ondergebracht in experimentele ziektekostenverzekeringen met verschillende niveaus van eigen betalingen.

Resultaten:

Bij personen met een slecht gezichtsvermogen en bij mensen met hoge bloeddruk bracht gratis zorg een verbetering teweeg; een betere controle van de bloeddruk verminderde het berekende gevaar van vervroegd overlijden bij mensen in risicogroepen. Voor de gemiddelde verzekerde traden geen significante effecten op ten aanzien van acht andere indicatoren van gezondheidstoestand en gezondheidsgedrag.

Geconcludeerd wordt dat meer onderzoek nodig is om de voordelen van gratis zorg nader te evalueren. Voorlopig kan worden vastgesteld dat gratis zorg aantoonbare voordelen oplevert voor patiënten met bepaalde aandoeningen die door artsen kunnen worden verholpen.

85
ELLIS, R.P., MCGUIRE, T.G.
Cost sharing and patterns of mental health care utilization.
Journal of Human Resources; 21, 1986, no. 3, p. 359-379, 19 lit.opgn.
nivel (c1624) eur

Veel ziektekostenverzekeringen kennen eigen risico's en plafonds in de dekking. In dit artikel wordt een nieuwe methode voorgesteld en beproefd om de invloed te berekenen van eigen risico's en plafonds in de dekking op de vraag, wanneer de totale vraag gedurende een bepaalde periode aan het begin van die periode niet met zekerheid bekend is. De verwachte prijs aan het eind van het jaar wordt gebruikt als benadering van het begrip "effectieve prijs". Deze methode is toegepast op de vraag naar ambulante geestelijke gezondheidszorg bij een plafond in de dekking van $500. De volgens deze methode berekende reacties aan de vraagzijde komen overeen met berekeningen van andere onderzoekers. (vert. aut.ref.)

86
FISCHER, P.J., STROBINO, D.M., PINCKNEY, C.A.
Utilization of child health clinics following introduction of a co-payment.
American Journal of Public Health; 74, 1984, no. 12, p. 1401-1403, 17 lit.opgn.
nivel

Onderzoek naar het effect van de invoering van een eigen bijdrage op het gebruik van klinieken voor kinderen in St. Mary's County (Maryland) tussen 1975 en 1979. In de periode waarin de eigen bijdrage van kracht was, daalde het gebruik van de klinieken door zowel blanke als niet-blanke kinderen jonger dan zes maanden. De remmende invloed van de eigen bijdrage die hieruit blijkt, kan samenhangen met het overstappen naar particuliere gezondheidszorg. Het kan ook zijn dat er minder gebruik wordt gemaakt van preventieve zorg. (vert.aut.ref.)

87
FOXMAN, B., VALDEZ, R.B., LOHR, K.N., GOLDBERG, G.A., NEWHOUSE, J.P., BROOK, R.H.
The effect of cost sharing on the use of antibiotics in ambulatory care: results from a population-based randomized controlled trial.
Journal of Chronic Diseases; 40, 1987, no. 5, p. 429-437, 25 lit. opgn.
nivel

In het kader van het Rand Health Insurance Experiment is onderzocht hoe het gebruik van antibiotica in een algemene populatie van niet-ouderen varieert naar omvang van verzekeringsdekking, demografische kenmerken van de patiënt, woonplaats, gezondheidstoestand en diagnose. Geanalyseerd worden verzekeringsclaims voor antibiotica van 5765 mensen die op zes verschillende plaatsen in de Verenigde Staten wonen en die aselect zijn ondergebracht in verzekeringsvormen met eigen betalingen van verschillende hoogte. Mensen met gratis gezondheidszorg gebruikten 85% meer antibiotica dan zij die een deel van de rekening zelf moesten betalen (hierbij is gecontroleerd voor alle andere variabelen). Gebruik van antibiotica was duidelijk meer gewoon onder vrouwen, zeer jonge personen, patiënten met een slechtere gezondheid en mensen met een hoger inkomen. Er was geen verschil in het gebruik van antibiotica voor virale, viraal-bacteriële en bacteriële aandoeningen tussen verzekeringsvormen met volledige dekking en die met eigen betalingen wanneer gekozen was voor een behandeling met antibiotica. Onder invloed van eigen betalingen verminderden het adequate en het niet-adequate gebruik van antibiotica in dezelfde mate. (vert.aut.ref.)

88
FREIMAN, M.P.
Cost sharing lessons from the private sector.
Health Affairs; 3, 1984, no. 4, p. 85-93, 15 lit.opgn.
nivel (c1623) wvc

De Amerikaanse regering heeft bij het overwegen van wijzigingen in de Medicare- en Medicaid-programma's, vanuit haar geloof in de doelmatigheid van marktprincipes, twee fundamentele benaderingen beproefd. De eerste benadering betreft grotere participatie van

consumenten door een toename van eigen betalingen; daardoor raken individuen die gebruik maken van voorzieningen, meer bewust van de kosten. De tweede benadering financiert het verstrekken van zorg door middel van een vastgestelde hoofdelijke betaling aan een verzekeringsplan dat daarvoor in aanmerking komt.
In het eerste model wordt de beslissing om al dan niet te vragen om medische behandeling - en om al dan niet kosten teweeg te brengen - overgelaten aan de patiënt. De tweede benadering brengt deze verantwoordelijkheid onder bij de verstrekkers, die een behandeling moeten verrichten binnen de financiële limiet die wordt aangegeven door het gefixeerde budgetbedrag.
In deze beschouwing wordt het eigen-betalingen-model besproken. De auteur stelt dat de regering een les zou kunnen leren van activiteiten in de particuliere sector, en creatiever zou kunnen worden in haar beleid om meer eigen betalingen op te leggen aan publiek verzekerden. De voorstellen van de regering in de laatste drie jaar om de eigen betalingen in Medicare te verhogen - die geen van alle door het Congres zijn aanvaard - kwamen grotendeels neer op rechtstreekse verhogingen van eigen risico's, eigen bijdragen en procentuele bijbetalingen. In verzekeringen die door werkgevers worden gefinancierd, is daarentegen bij het verhogen van eigen betalingen geprobeerd de inkomenseffecten van deze maatregelen te compenseren.

89
GREENE, S.B., GUNSELMAN, D.L.
Cost sharing and its effects on hospital utilization: the Blue Cross and Blue Shield of North Carolina experience.
Medical Care; 24, 1986, no. 8, p. 711-720, 13 lit.opgn.
nivel

In een natuurlijk experiment is onderzoek gedaan naar de effecten van een verandering in de opzet van de ziektekostenverzekering van werknemers die verzekerd zijn bij Blue Cross and Blue Shield of North Carolina. In plaats van traditionele volledige ziektekostenuitkeringen werden polissen met eigen betalingen aangeboden. Opvallend was dat de groepen die kozen voor dergelijke polissen, in het verleden relatief veel ziekenhuisopnamen hadden meegemaakt. Als gevolg van de nieuwe polissen verschoof een deel van de financiële lasten van werkgevers naar werknemers. Boven-

dien trad in alle groepen met eigen bijdragen een vermindering op van het gebruik van intramurale voorzieningen die sterker was dan de vermindering die bij controlegroepen werd geconstateerd; de verzekeringsvoorwaarden van de controlegroepen kwamen overeen met de voormalige polissen van de experimentele groepen. Ondanks deze algehele vermindering bleef het aantal ligdagen per duizend personen in het jaar na de poliswijziging hoger dan in de controlegroepen. Niet iedere groep gaf een vermindering van het gebruik te zien. Bij verzekerden in regio's met een traditioneel geringe medische consumptie bleef een verdere gebruiksvermindering achterwege.

90
GREMBOWSKI, D., CONRAD, D.A., MILGROM, P.
Dental care demand among children with dental insurance.
Health Services Research; 21, 1987, no. 6, p. 755-775, 19 lit.opgn.
nivel

Het aantal gezinnen met een tandartsverzekering en met uitgaven voor tandartsenhulp is in de Verenigde Staten de laatste twintig jaar gegroeid. Het is daarom interessant geworden te onderzoeken wat voor effecten eigen betalingen hebben op de vraag naar tandartsenhulp onder verzekerden. In dit artikel wordt een representatieve steekproef van kinderen uit gezinnen met een Blue Shield-ziektekostenverzekering in Pennsylvania onderzocht. Berekend is wat de effecten zijn van eigen betalingen op de vraag naar basiszorg (diagnostische, preventieve, restauratieve, endodontische en extractievoorzieningen) en orthodontische zorg. De resultaten geven aan dat eigen betalingen een geringe invloed hebben op de kans dat kinderen gebruik maken van tandartsvoorzieningen in het algemeen en van basiszorg. Echter, de kans dat men een beroep doet op orthodontische zorg, neemt met 2,1% af bij een toename met 10% van het aandeel in de kosten dat de ouders zelf moeten bijdragen.

91
HANKIN, J.R., STEINWACHS, D.M., ELKES, C.
The impact on utilization of a copayment increase for ambulatory psychiatric care.
Medical Care; 18, 1980, no. 8, p. 807-815, 7 lit.opgn.
nivel

Onderzocht is de invloed van een stijging van de eigen bijdrage op het gebruik van psychiatrische hulp in het programma van een prepaid group practice. Het gaat om gegevens over het gebruik van psychiatrische voorzieningen binnen het Columbia Medical Plan (Columbia, Maryland) in de periode twee jaar voor en twee jaar na de verhoging van de eigen bijdrage voor psychiatrische zorg. De reactie op de verhoging bleek van voorbijgaande aard. Het jaar van de verhoging van de eigen bijdrage werd gekenmerkt door een geringe daling van het aantal verzekerden dat gebruik maakt van psychiatrische zorg, en een geringe vermindering van de omvang van het gebruik. Deze dalingen waren van korte duur; een jaar na de verhoging van de eigen bijdrage was de consumptie terug op het oude peil. (vert.aut.ref.)

92
HORGAN, C.M.
The demand for ambulatory mental health services from specialty providers.
Health Services Research; 21, 1986, no. 2, dl. II, p. 291-319, 22 lit.opgn.
nivel

Onderzoek naar de vraag naar ambulante geestelijke gezondheidszorg in de specialistische sector. Gegevens zijn ontleend aan de National Medical Care Expenditure Survey uit het jaar 1977, een steekproefonderzoek van de niet-geïnstitutionaliseerde burgerbevolking van de Verenigde Staten dat gedetailleerde informatie verschaft over uitgaven aan en gebruik van gezondheidszorg en verzekeringsdekking.Hoewel eigen betalingen het gebruik van specialistische voorzieningen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg op effectieve wijze kunnen beperken, bieden zij geen garantie dat voorzieningen worden gebruikt door degenen die ze het meest nodig hebben of dat de zorg gebruikt wordt op een niveau dat bij de behoefte aansluit. De prijs blijkt slechts één van de vele belangrijke factoren te zijn bij het bepalen van de vraag naar voorzieningen. Gezinsinkomen en geslacht blijken, opvallend genoeg, variabelen van ondergeschikt belang.

93
KEELER, E.B., ROLPH, J.E.
How cost sharing reduced medical spending of participants in the Health Insurance Experiment.
Journal of the American Medical Association; 249, 1983, no. 16, p. 2220-2222, 6 lit.opgn.
nivel

In een gecontroleerd experiment waarin de effecten van ziektekostenverzekeringen op medische uitgaven en gezondheidstoestand zijn onderzocht, blijkt veel minder uitgegeven te worden aan medische zorg wanneer patiënten er zelf voor moeten betalen. Er wordt bezuinigd doordat de geneigdheid afneemt om een beroep te doen op behandeling of om opgenomen te worden bij ziekte. De gemiddelde kosten per opname en per ambulante zorgepisode waren voor alle verzekeringsvormen gelijk. (vert.aut.ref.)

94
KEELER, E.B., BROOK, R.H., GOLDBERG, G.A., KAMBERG, C.J., NEWHOUSE, J.P.
How free care reduced hypertension in the Health Insurance Experiment.
Journal of the American Medical Association; 254, 1985, no. 14, p. 1926-1931, 9 lit.opgn.
nivel

In een gecontroleerd experiment waarin onderzoek is gedaan naar de effecten van ziektekostenverzekeringen op bestedingen en gezondheidstoestand, is eerder gerapporteerd dat verzekerden met gratis zorg gemiddeld een lagere diastolische bloeddruk (0,8 mm Hg) hebben dan verzekerden met eigen betalingen. In dit artikel wordt aangetoond dat voor mensen met een klinisch vastgestelde hoge bloeddruk, de bloeddruk bij gratis zorg significant lager is (1,9 mm Hg) dan bij eigen betalingen. Het verschil is groter bij patiënten met een laag inkomen dan bij patiënten met een hoog inkomen (respectievelijk 3,5 en 1,1 mm Hg). Het blijkt niet uit te maken of de patiënt blank of zwart is.
Het verschil wordt veroorzaakt door het extra contact met artsen bij gratis zorg. Dit heeft geleid tot een betere opsporing en behandeling van mensen met hoge bloeddruk die aan het begin van de studie niet onder behandeling waren. Gratis zorg leidt eveneens

tot meer compliantie met betrekking tot dieet- en rookadviezen, en tot een hoger gebruik van geneesmiddelen door mensen die dat nodig hebben. (vert.aut.ref.)

95
LEIBOWITZ, A., MANNING Jr., W.G., KEELER, E.B., DUAN, N., LOHR, K.N., NEWHOUSE, J.P.
Effect of cost-sharing on the use of medical services by children: interim results from a randomized controlled trial.
Pediatrics; 75, 1985, no. 5, p. 942-951, 27 lit.opgn.
nivel (c1618) bru

In het kader van het Rand Health Insurance Experiment is onderzocht in hoeverre de omgekeerde relatie tussen medische consumptie en niveau van eigen betalingen in het verrichtingensysteem geldig is voor kinderen van 13 jaar en jonger. Ook is onderzocht of de prijsgevoeligheid zowel betrekking heeft op polikliniische als op intramurale zorg voor kinderen, en hoe eigen betalingen verschillende vormen van ambulante zorg (preventieve zorg voor gezonde kinderen en zorg voor acute en chronische aandoeningen) beïnvloedt.
Resultaten:
In gezinnen die alle uitgaven voor gezondheidszorg vergoed krijgen, wordt een derde per hoofd meer besteed aan gezondheidszorg voor kinderen dan in gezinnen die 95% van de kosten (tot aan een bepaald maximum per gezin) zelf betalen.
Het gebruik van ambulante voorzieningen neemt af naarmate er meer eigen betalingen worden gevraagd. Uitgaven voor ziekenhuiskosten variëren niet noemenswaard tussen groepen met verschillende niveaus van eigen betalingen. Preventieve zorgepisoden zijn even gevoelig voor eigen betalingen als zorgepisoden voor acute en chronische ziekte.
Geconcludeerd wordt dat de resultaten geen aanleiding vormen om preventieve zorg niet even liberaal te verzekeren als zorg voor acute aandoeningen.

Zie ook:
LEIBOWITZ, A., MANNING Jr., W.G., KEELER, E.B., DUAN, N., LOHR, K.N., NEWHOUSE, J.P.
The effect of cost sharing on the use of medical services by children: interim results from a randomized controlled trial.
Santa Monica, Ca.: Rand Corporation, 1985. xii+33 p., 31 lit.opgn., 2

app.
Rand Health Insurance Experiment Series R-3287-HHS.
nivel wvc
Alsmede:
VALDEZ, R.B., LEIBOWITZ, A., WARE Jr., J.E., DUAN, N., GOLDBERG, G.A., KEELER, E.B., LOHR, K.N., MANNING Jr., W.G., ROGERS, W.H., CAMP, P., SHERBOURNE, C.A., BROOK, R.H., NEWHOUSE, J.P.
Health insurance, medical care, and children's health.
Pediatrics; 77, 1986, no. 1, p. 124-128, 23 lit.opgn.
nivel (c1621) bru

96
LEIBOWITZ, A., MANNING, W.G., NEWHOUSE, J.P.
The demand for prescription drugs as a function of cost-sharing.
Social Science & Medicine; 21, 1985, no. 10, p. 1063-1069, 18 lit.opgn.
nivel

Onderzoek in het kader van het Rand Health Insurance Experiment naar de invloed van eigen betalingen op het gebruik van voorgeschreven medicijnen. Onderzocht wordt hoe de geneesmiddelenconsumptie varieert per verzekeringsvorm. Daarbij wordt de invloed van verschillende verzekeringsvormen op het geneesmiddelengebruik vergeleken met de invloed op het gebruik van ambulante voorzieningen in het algemeen.
De belangrijkste conclusies: mensen met een uitgebreidere verzekering kopen meer voorgeschreven medicijnen; de invloed van eigen betalingen op geneesmiddelengebruik komt overeen met die op het gebruik van ambulante voorzieningen in het algemeen.

97
LOHR, K.N., BROOK, R.H., KAMBERG, C.J., GOLDBERG, G.A., LEIBOWITZ, A., KEESEY, J., REBOUSSIN, D., NEWHOUSE, J.P.
Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment: diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial.
Medical Care; 24, 1986, no. 9 (supplement), 87 p., 103 lit.opgn.
nivel

In het Rand Health Insurance Experiment is gebleken dat eigen betalingen de kans verminderen dat gebruik wordt gemaakt van medische voorzieningen. Dit geldt voor een breed spectrum van individuele klachten en redenen om hulp te zoeken, maar misschien iets meer voor acute aandoeningen en preventieve zorg dan voor chronische ziekte. Eigen betalingen hebben dezelfde effecten ten aanzien van uiterst effectieve zorg als ten aanzien van zorg die slechts zelden doelmatig is; dit geeft aan dat eigen betalingen geen bijzonder selectieve invloed hebben. Tenslotte is gebleken dat het hulpzoekgedrag van personen met een laag inkomen meer wordt beïnvloed dan dat van personen met een hoog inkomen. In het bijzonder het gebruik van medische zorg door arme kinderen wordt tegengegaan.
Geprobeerd wordt deze feiten met betrekking tot het gebruik van extramurale zorg te interpreteren in samenhang met eerder gerapporteerde gegevens over de gezondheidstoestand van deelnemers aan het Health Insurance Experiment. Eigen betalingen blijken slechts in geringe mate negatieve effecten op de gezondheidstoestand te hebben. Volgens de auteurs kan dit worden toegeschreven aan verschillende, elkaar compenserende, effecten van de extra voorzieningen waar mensen die recht hebben op gratis zorg, een beroep op doen. Dat wil zeggen dat de negatieve effecten van onnodige of onjuiste zorg misschien in evenwicht zijn met de gunstige effecten van geschikte zorg.
Deze suggestie vormt de aanleiding tot het overwegen van een aantal gevolgen voor onderzoek en beleid die betrekking hebben op:
(1) het meten van behandelingsresultaten bij de patiënt,
(2) het verbeteren van de aard en verspreiding van informatie naar de patiënt,
(3) het verbeteren van de evaluatie van de kwaliteit van de zorg,
(4) het evalueren van verschillende mogelijkheden om de medische zorg voor benadeelde groepen te financieren. (vert.aut.ref.)

98
MANNING Jr., W.G., WELLS, K.B., DUAN, N., NEWHOUSE, J.P., WARE Jr., J.E.
Cost sharing and the use of ambulatory mental health services.
American Psychologist; 39, 1984, no 10, p. 1077-1089, 34 lit.opgn.
nivel (c1639) eur

Aan de hand van voorlopige gegevens uit de Rand Health Insurance Study worden de uitgaven voor ambulante geestelijke gezondheidszorg aan een onderzoek onderworpen. De gegevens hebben betrekking op de niet-bejaarde, niet in instellingen opgenomen burgerbevolking van zes landelijke en stedelijke gebieden. De belangrijkste empirische bevindingen:
(1) Minder eigen betalingen leiden tot een toename van de vraag naar voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg; bijvoorbeeld, de uitgaven per verzekerde nemen met meer dan 70% toe wanneer het percentage dat patiënten moeten bijbetalen daalt van 95% tot 0%.
(2) Eigen betalingen hebben op het gebruik van algemeen-medische voorzieningen en voor ongeveer hetzelfde effect als op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg.
(3) Een klein eigen risico, gevolgd door gratis zorg, heeft geen afschrikkende werking in vergelijking met volkomen gratis zorg.
(4) De uitgaven voor ambulante geestelijke gezondheidszorg bedragen niet meer dan 5% van de totale gezondheidszorguitgaven, tandheelkundige zorg niet meegerekend.

99
MANNING, W.G., BAILIT, H.L., BENJAMIN, B., NEWHOUSE, J.P.
The demand for dental care: evidence from a randomized controlled trial in health insurance.
Journal of the American Dental Association; 110, 1985, no. 6. p. 895-902, 27 lit.opgn.
nivel (c1600) bru

Aan de hand van gegevens uit de Rand Health Insurance Study is onderzocht of eigen betalingen voor tandheelkundige zorg invloed hebben op het gebruik van tandartsvoorzieningen. De gegevens zijn afkomstig uit een steekproef van de burgerbevolking van zes stedelijke en landelijke regio's in de Verenigde Staten.
Resultaten:
Een vermindering van het niveau van eigen betalingen doet de vraag naar tandheelkundige zorg toenemen. De uitgaven voor tandheelkundige zorg stijgen met 46% wanneer het percentage dat patiënten moeten bijbetalen daalt van 95% tot 0% (de bijbetalingen zijn onderhevig aan een bepaald maximum). Van deze stijging kan tweederde worden toegeschreven aan een toename van de kans dat iemand gedurende het jaar een tandarts bezoekt. Bovendien is er een aanzienlijke stijging in de vraag in het eerste jaar dat men

een hogere verzekeringsdekking heeft. De reactie op eigen betalingen is in het eerste jaar bijna twee keer zo omvangrijk als in het tweede jaar. (vert.aut.ref.)

100
MANNING Jr., W.G., WELLS, K.B., DUAN, N., NEWHOUSE, J.P., WARE Jr., J.E.
How cost sharing affects the use of ambulatory mental health services.
Journal of the American Medical Association; 256, 1986, no. 14, p. 1930-1934, 25 lit.opgn.
nivel

De minder uitgebreide verzekeringsdekking voor geestelijke gezondheidszorg heeft in de Verenigde Staten geleid tot nogal wat verschil van mening. De belangrijkste open vraag is hoe de vraag naar extramurale geestelijke gezondheidszorg reageert op eigen betalingen. In het kader van het Rand Health Insurance Experiment is onderzoek gedaan naar deze relatie. Het onderzoek is een gerandomizeerd experiment met ziektekostenverzekeringen voor niet-bejaarden op basis van honorering per verrichting. De studie heeft betrekking op 5809 personen die samen 19.819 persoonsjaren aan gegevens opleveren. Er wordt 133% meer uitgegeven aan poliklinische psychotherapie wanneer het patiënten niets kost, dan wanneer ze 95% van de rekening moeten betalen (tot aan een jaarlijkse bovengrens). Maar het absolute uitgavenniveau is in alle verzekeringsvormen laag: $32 per persoon per jaar onder gratis zorg. De invloed van eigen betalingen op het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg is te vergelijken met de invloed ervan op het gebruik van ambulante gezondheidszorg in het algemeen. Niets wijst erop dat een uitbreiding van de dekking voor ambulante psychotherapie de totale uitgaven voor gezondheidszorg doet verminderen. (vert.aut.ref.)

101
MARQUIS, M.S.
Cost-sharing and provider choice.
Journal of Health Economics; 4, 1985, no. 2, p. 137-157, 35 lit.opgn.
nivel

Het instellen van financiële stimulansen om patiënten aan te moedigen tot het selecteren van de goedkoopste medische zorg ligt ten grondslag aan verschillende voorstellen voor de financiering van de gezondheidszorg. In dit artikel wordt de invloed geanalyseerd van één zo'n financiële prikkel - eigen bijdragen in de ziektekostenverzekering - op de mate waarin patiënten "winkelen op de gezondheidsmarkt". Er wordt gebruik gemaakt van gegevens uit de Rand Health Insurance Study. Onderzocht wordt de relatie van eigen bijdragen met het specialisme van de eerstelijnshulpverlener en met de tarieven van de gekozen hulpverlener. De resultaten zijn gemengd wat betreft de vraag of patiënten die een zeer geringe dekking hebben, goedkopere artsen zoeken dan patiënten met gratis gezondheidszorg. Alle verschillen zijn echter klein. Zelfs bij de goed-opgeleiden, die waarschijnlijk relatief efficiënt zijn in het verkrijgen van vergelijkende prijsinformatie, zijn de effecten van eigen bijdragen op de keuze van de hulpverlener minimaal. (vert.aut.ref.)

102

NEWHOUSE, J.P., MANNING, W.G., MORRIS, C.N., ORR, L.L., DUAN, N., KEELER, E.B., LEIBOWITZ, A., MARQUIS, K.H., MARQUIS, M.S., PHELPS, C.E., BROOK, R.H.

Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance.

New England Journal of Medicine; 305, 1981, no. 25, p. 1501-1507, 33 lit.opgn.

nivel (c1528) bru

In totaal 7706 personen hebben deelgenomen aan een gecontroleerd experiment met verschillende ziektekostenverzekeringen. Interimresultaten geven aan dat mensen met volledige dekking ongeveer 50% meer besteden dan vergelijkbare personen die 95% van hun rekeningen zelf moeten betalen tot een bepaald inkomensafhankelijk maximum. Een 100% dekking leidt ertoe dat meer mensen medische hulp inroepen en dat er meer diensten worden verleend per gebruiker. De toename betreft zowel ambulante zorg als ziekenhuisopnamen. Wanneer patiënten eenmaal in het ziekenhuis zijn opgenomen, zijn de uitgaven voor alle experimentele verzekeringsstelsels ongeveer gelijk. Bovendien is er geen verschil tussen de stelsels wanneer het gaat om ziekenhuisopnamen voor kinderen.
De inkomensafhankelijke eigen betalingen in de experimentele ver-

zekeringen beïnvloeden de bestedingen in verschillende inkomensgroepen op ongeveer dezelfde manier. Deze invloed op de bestedingen aan gezondheidszorg is echter sterker bij volwassenen dan bij kinderen. Het is moeilijk te zeggen of het meer-gebruik door personen met 100% dekking in feite neerkomt op overbodig gebruik, of dat het geringere gebruik door mensen met hoge eigen bijdragen in feite het gevolg is van het vermijden van noodzakelijke hulp. Het kan allebei waar zijn. (vert.aut.ref.)

103
O'GRADY, K.F., MANNING, W.G., NEWHOUSE, J.P., BROOK, R.H.
The impact of cost sharing on emergency department use.
New England Journal of Medicine; 313, 1985, no. 8, p. 484-490, 19 lit.opgn.
nivel (c1593) bru

Onderzoek in het kader van het Rand Health Insurance Experiment naar het effect van de omvang van de verzekeringsdekking op het gebruik van eerstehulpposten ("emergency departments"). In totaal 3973 personen jonger dan 62 jaar werden aselect ondergebracht in een verzekering op basis van honorering per verrichting met procentuele bijbetalingen van 0, 25, 50 of 95%, onderhevig aan een met het inkomen samenhangende bovengrens aan eigen betalingen. De bestedingen aan eerstehulpvoorzieningen voor mensen zonder eigen betalingen waren 42% hoger dan die voor personen met 95% eigen betalingen en ongeveer 16% hoger dan die voor personen met 25 of 50% eigen betalingen. Zonder eigen betalingen nam het aantal bezoeken aan eerstehulpposten voor minder ernstige diagnoses drie keer zo sterk toe als het aantal bezoeken voor ernstigere diagnoses. Gecontroleerd voor verzekeringsdekking bleken mensen met lagere inkomens duidelijk meer bestedingen te doen voor eerstehulpvoorzieningen dan mensen met hogere inkomens. Bovendien ontvingen de lager betaalden een groter gedeelte van hun ambulante zorg in de eerstehulppost. De auteurs concluderen dat verzekeringen zonder eigen betalingen leiden tot een groter gebruik van eerstehulpposten dan verzekeringen met eigen betalingen. Een verhoudingsgewijs groot deel van het meergebruik heeft betrekking op minder ernstige klachten. (vert.aut.ref.)

104
REEDER, C.E., NELSON, A.A.
The differential impact of copayment on drug use in a Medicaid population.
Inquiry; 22, 1985, no. 4, p. 396-403, 20 lit.opgn.
nivel (c1583) kub

Onderzoek naar het gebruik van tien categorieën geneesmiddelen in een periode van vier jaar onder inwoners van South Carolina (USA) die in aanmerking komen voor Medicaid. Het onderzoek is gericht op de invloed van eigen bijdragen. De bestedingen voor alle categorieën geneesmiddelen, met uitzondering van pijnstillers, kalmerende middelen en slaapmiddelen, blijken duidelijk beïnvloed te worden door eigen bijdragen. Echter, gelet op ontwikkelingen in de consumptie op de lange termijn, ondergaan de bestedingen in slechts vier van de tien categorieën belangrijke veranderingen als gevolg van de invoering van eigen bijdragen. Geconcludeerd wordt dat het effect van het opleggen van eigen bijdragen verschilt per therapeutische categorie. (vert.aut.ref.)

Zie ook:
NELSON Jr., A.A., REEDER, C.E., DICKSON, W.M.
The effect of a Medicaid drug copayment program on the utilization and cost of prescription services.
Medical Care; 22, 1984, no. 8, p. 724-736, 20 lit.opgn.
nivel

105
RODDY, P.C., WALLEN, J., MEYERS, S.M.
Cost sharing and use of health services: the United Mine Workers of America Health Plan.
Medical Care; 24, 1986, no. 9, p. 873-876, 4 lit.opgn.
nivel

Onderzoek naar de effecten van de invoering van vaste eigen bijdragen voor artsconsulten en recepten in de ziektekostenverzekering van de United Mine Workers of America. Onderzocht zijn zowel het gebruik van ambulante zorg als het gebruik van intramurale zorg. Het blijkt dat de medische consumptie na instelling van de eigen bijdrage in eerste instantie afneemt, maar na verloop van tijd op het oude peil terugkeert.

106
ROSENBLUM, R.W.
Out-of-pocket health care expense and the elderly: an economic analysis.
Health Care Management Review; 8, 1983, no. 4, p. 77-87, 12 lit.opgn.
nivel (c1587) bru

Onderzoek naar de verdeling van contante uitgaven voor gezondheidszorg onder ouderen in de Verenigde Staten tegen de achtergrond van mogelijke wijzigingen in de uitkeringsstructuur van Medicare. Het onderzoek gaat uit van de veronderstelling dat persoonlijke uitgaven voor gezondheidszorg niet gelijkelijk verdeeld zijn in een heterogene groep als de ouderen. De analyse levert de conclusie op dat de totale contante uitgaven en de uitgaven voor verschillende categorieën (ziekenhuizen, artsen, geneesmiddelen) zijn geconcentreerd in een subgroep van de oudere bevolking. Deze subgroep bestaat uit personen uit alle inkomensgroepen. Armlastige ouderen met een slechte gezondheid worden dus bijzonder zwaar getroffen.

107
SCHEFFLER, R.M.
The United Mine Workers' health plan: an analysis of the cost-sharing program.
Medical Care; 22, 1984, no. 3, p. 247-254, 44 lit.opgn.
nivel

Dit artikel rapporteert over de invoering van een ziektekostenverzekering met eigen betalingen ten behoeve van de United Mine Workers. Besproken wordt welke invloed het programma heeft gehad op het gebruik van gezondheidszorg, de kans op ziekenhuisopname, ziekenhuiskosten en lengte van het verblijf in het ziekenhuis, de vraag naar artsenhulp, en de kans op bezoek aan een arts. Het aantal ziekenhuisopnames en de ziekenhuiskosten namen af, en de kans op het brengen van een bezoek aan een arts verminderde ook. Deze gevolgen van eigen betalingen zijn nogal snel opgetreden en lijken op langere termijn door te werken. (vert.aut.ref.)

108
SHAPIRO, M.F., WARE Jr., J.E., SHERBOURNE, C.D.
Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms: results of a randomized controlled trial.
Annals of Internal Medicine; 104, 1986, no. 2, p. 246-251, 15 lit. opgn.
nivel (c1619) bru

Onderzoek in het kader van het Rand Health Insurance Experiment naar het effect van eigen betalingen op het inroepen van hulp voor kleinere en ernstige symptomen. De gegevens hebben betrekking op 3539 personen tussen 17 en 61 jaar oud. Deelnemers zijn aselect ondergebracht in een groep met 100% verzekeringsdekking of in verzekeringsvormen waarin zij een deel van de kosten zelf moeten opbrengen. Jaarlijks is onderzocht of de deelnemers gedurende de voorafgaande maand last hadden van ernstige en kleinere symptomen en of ze daarmee naar een dokter gingen. Een panel van artsen oordeelde dat de ernstige symptomen in de meeste gevallen een behandeling rechtvaardigden; kleinere symptomen waren in hun ogen meestal niet ernstig en maakten meestal een behandeling niet noodzakelijk. In de groep met eigen betalingen blijkt de kans om met kleinere symptomen naar een dokter te gaan bijna een derde kleiner dan in de groep met volledige dekking. De kans op het inroepen van hulp voor ernstige symptomen was voor beide groepen ongeveer gelijk. Echter, bij deelnemers met een lage sociaal-economische status die aan het begin van de studie betrekkelijk ongezond waren, kwamen in de groep met eigen betalingen ernstige symptomen meer voor dan in de groep met gratis zorg.

109
STARFIELD, B., DUTTON, D.
Care, costs, and health: reactions to and reinterpretation of the Rand findings.
Pediatrics; 76, 1985, no. 4, p. 614-621, 17 lit.opgn.
nivel (c1616) bru

Kritische beschouwing over het Rand-onderzoek naar de gevolgen van eigen betalingen voor de medische consumptie en de gezondheid van kinderen. De opzet en methodologie van de Rand-studie bevatten een aantal aspecten (bijvoorbeeld de grootte van de steekproef) die de kans verminderen dat er invloeden van eigen beta-

lingen op de gezondheid, met name in gezinnen met lage inkomens, worden ontdekt. Dit maakt dat de resultaten van de studie wellicht niet rechtstreeks toepasbaar zijn op actuele beleidsvraagstukken.

110
TAUBE, C.A., KESSLER, L.G., BURNS, B.J.
Estimating the probability and level of ambulatory mental health services use.
Health Services Research; 21, 1986, no. 2, dl. II, p. 321-340, 22 lit.opgn.
nivel

Analyse van de National Medical Care Utilization and Expenditure Survey met betrekking tot personen die een beroep hebben gedaan op ambulante geestelijke gezondheidszorg en daaraan zelf hebben moeten bijbetalen. De analyse wijst uit dat de vraag naar dergelijke zorg prijsgevoelig is, en dat die prijsgevoeligheid groter is dan bij de vraag naar medische hulp in het algemeen. Juist bij de beslissing al dan niet aan te kloppen bij instellingen van ambulante geestelijke gezondheidszorg spelen financiële overwegingen een belangrijke rol; het gaat daarbij om een combinatie van factoren als inkomen, opleiding en verzekeringsdekking. De prijselasticiteit varieert per inkomensgroep.

111
VALDEZ, R.B., BROOK, R.H., ROGERS, W.H., WARE Jr., J.E., KEELER, E.B., SHERBOURNE, C.A., LOHR, K.N., GOLDBERG, G.A., CAMP, P., NEWHOUSE, J.P.
Consequences of cost-sharing for children's health.
Pediatrics; 75, 1985, no. 5, p. 952-961, 33 lit.opgn.
nivel (c1617) bru

Maken kinderen minder gebruik van ambulante voorzieningen als hun families een percentage van de kosten van medische zorg zelf moeten betalen, in vergelijking met families die volledig verzekerd zijn tegen ziektekosten? Zo ja, wordt hun gezondheid daardoor beïnvloed?
Deze vragen zijn onderwerp van onderzoek in het Rand Health Insurance Experiment. 1844 kinderen tot 13 jaar zijn aselect onderge-

bracht in één van veertien verzekeringsvormen die variëren in de omvang van de gevraagde eigen betalingen. Eén van de verzekeringen biedt volledige dekking, de anderen vereisen een procentuele bijbetaling van ten hoogste 95% tot een maximum van $1000 per jaar. Kinderen uit families die een percentage van de kosten betalen, maakten tot 30% minder gebruik van voorzieningen. Voor het gemiddelde kind in dit onderzoek bracht deze vermindering geen significant verschil met zich mee in de ouderlijke perceptie van de gezondheid van het kind of in fysiologische gezondheidsmetingen. Deze metingen zijn betrouwbaar genoeg om de mogelijkheid uit te sluiten dat belangrijke verschillen onopgemerkt zijn gebleven. Het is wel mogelijk dat klinisch belangrijke verschillen in gezondheidstoestand in sommige subgroepen aan het oog zijn onttrokken. (vert.aut.ref.)

Zie ook:
VALDEZ, R.B., LEIBOWITZ, A., WARE Jr., J.E., DUAN, N., GOLDBERG, G.A., KEELER, E.B., LOHR, K.N., MANNING Jr., W.G., ROGERS, W.H., CAMP, P., SHERBOURNE, C.A., BROOK, R.H., NEWHOUSE, J.P.
Health insurance, medical care, and children's health.
Pediatrics; 77, 1986, no. 1, p. 124-128, 23 lit.opgn.
nivel (c1621) bru

112
WALLEN, J., RODDY, P., MEYERS, S.M.
Male-female differences in mental health visits under cost-sharing.
Health Services Research; 21, 1986, no. 2, dl. II, p. 341-350, 13 lit.opgn.
nivel

Onderdeel van een uitvoerige studie naar de gevolgen van de introductie van een systeem van eigen bijdragen bij de United Mine Workers of America. Bezien worden de gevolgen daarvan voor de gebruiksfrequentie van instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg waarbij met name de verschillen tussen mannen en vrouwen worden bekeken. Tevens wordt gekeken naar de gevolgen voor de kwaliteit van de zorg. De resultaten betreffen de periode onmiddellijk voorafgaand aan de introductie van het nieuwe stelsel en het eerste jaar na invoering. De resultaten wijzen op nadelige effecten op de gebruiksfrequentie; mannen, die minder vaak hulp zochten voor psychische problemen en behandeld werden voor ernstigere klachten, worden hierdoor het zwaarst getroffen.

113
WATTS, C.A., SCHEFFLER, R.M., JEWELL, N.P.
Demand for outpatient mental health services in a heavily insured population: the case of the Blue Cross and Blue Shield Association's Federal Employees Health Benefits Program.
Health Services Research; 21, 1986, no. 2, dl. II, p. 267-289, 10 lit.opgn.
nivel

Resultaten van een onderzoek naar de effecten van wijzigingen in de voorwaarden van ziektekostenverzekeringen op de frequentie van het gebruik van voorzieningen van ambulante geestelijke gezondheidszorg. Het gaat in dit geval om het invoeren van een verhoging van de procentuele bijbetaling ("coinsurance") in het Blue Cross & Blue Shield Association's Federal Employees Health Benefits Program. In een model in twee stappen werd onderzoek gedaan naar de determinanten van de kans op het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en van de omvang van de consumptie. Geconcludeerd wordt dat er in beide stappen in het model sprake is van een geringe prijsgevoeligheid, maar de inkomenselasticiteit is significant. Er wordt ook melding gemaakt van de rol die verschillende sociaal-demografische en milieu-variabelen blijken te spelen. Zelfs onder personen met een identieke verzekeringsdekking blijkt een hoger inkomen samen te hangen met meer vraag naar ambulante geestelijke gezondheidszorg. Verzekerden met een modaal inkomen zijn veel gevoeliger voor de hoogte van tarieven dan verzekerden met een laag inkomen. De modale inkomens profiteren dus het meest van overheidsmaatregelen die lagere polikliniische tarieven bevorderen.

114
WELLS, K.B., MANNING Jr., W.G., DUAN, N., WARE Jr., J.E., NEWHOUSE, J.P.
Cost sharing and the demand for ambulatory mental health services.
Santa Monica, Ca.: Rand Corporation, 1982 (R-2960-HHS). 186 p., 169 lit.opgn., tabn., appn.
nivel

In dit rapport worden interim-resultaten gepresenteerd van een onderzoek, deel uitmakend van de Rand Health Insurance Study, naar het verband tussen eigen betalingen en de vraag naar ambu-

lante voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg. Om het probleem van autoselectie te omzeilen zijn deelnemers aan het experiment aselect ondergebracht in verzekeringen met verschillende niveaus van eigen betalingen. Op grond van voorlopige gegevens van de studie zijn de bestedingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg geanalyseerd met behulp van regressiemodellen die rekening houden met verzekeringsdekking, geestelijke en lichamelijke gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht en sociaal-economische variabelen.
De belangrijkste resultaten:
Minder eigen betalingen leiden tot een toename van de vraag naar psychische hulp. Lage eigen risico's ($150 per persoon per jaar) hebben een statistisch insignificant effect op de uitgaven in vergelijking met gratis zorg. Veranderingen in de verzekering hebben hetzelfde effect op de vraag naar geestelijke zorgvoorzieningen als op de vraag naar algemene gezondheidszorgvoorzieningen. Hoewel ruwweg hetzelfde percentage van de populatie een beroep doet op niet-specialistische hulpverleners (bijvoorbeeld huisartsen of internisten) en op specialisten (psychiaters, psychologen), bedragen de feitelijke uitgaven aan niet-specialistische hulpverlening slechts zo'n 5% van de totale uitgaven aan ambulante geestelijke gezondheidszorg.

115
WELLS, K.B., MANNING Jr., W.G., DUAN, N., NEWHOUSE, J.P., WARE Jr., J.E.
Cost-sharing and the use of general medical physicians for outpatient mental health care.
Health Services Research; 22, 1987, no. 1, p. 1-17, 33 lit.opgn.
nivel

In het Rand Health Insurance Experiment is ontdekt dat veel mensen geestelijke gezondheidszorg ontvangen van niet-gespecialiseerde artsen. De intensiteit en de kosten van die zorg blijken beduidend lager te liggen dan bij specialistische geestelijke gezondheidszorg het geval is. Bovendien is gebleken dat de verzekering nauwelijks invloed heeft op de keuze van de hulpverlener. Verder onderzoek is nodig om feitelijke behandelingsresultaten in specifieke patiëntenpopulaties te vergelijken.

116

WOLFSON, J., KAPADIA, A.S., DECKER, M., SEAR, A.M., ROHT, L.H.
Effects of cost sharing on users of a state's health service program.
Medical Care; 20, 1982, no. 12, p. 1178-1187, 30 lit. opgn.
nivel

In deze studie worden de effecten geanalyseerd van de invoering van eigen betalingen voor gebruikers van een staatsprogramma voor gezondheidszorg. De studiepopulatie ontving voorheen diensten gratis; ze bestaat uit mensen met een door zorgverleners bepaalde medische behoefte en omvat mede financieel armlastige personen. De steekproef is gekozen uit statistieken van door het programma geleverde diensten uit de jaren 1977 tot 1980. De analyse van veranderingen in de verdeling van gebruikerskenmerken en van geleverde diensten laat zien dat het gebruik van diensten niet ongunstig is beïnvloed door de invoering van eigen betalingen, en dat mensen met een lager inkomen en met een reële behoefte aan medische zorg niet zijn afgeschrikt van het gebruik van gezondheidszorg. Ingegaan wordt op de beperkingen van dit onderzoek en op de implicaties van het invoeren van eigen betalingen in programma's als Medicaid.

4. OVERIGE LANDEN

117
BECK, R.G., HORNE, J.M.
Utilization of publicly insured health services in Saskatchewan before, during and after copayment.
Medical Care; 18, 1980, no. 8, p. 787-806, 7 lit.opgn.
nivel

Onderzoek naar de gevolgen van het invoeren en later weer afschaffen van eigen bijdragen in een algemeen overheidsprogramma voor verzekering tegen ziektekosten en ziekenhuisopname. Tussen 1968 en 1971 legde de Canadese provincie Saskatchewan aan patiënten eigen bijdragen op van ongeveer 33% voor medische zorg en 6% voor ziekenhuisopnamen. Het effect van de eigen bijdrage op de omvang van de dienstverlening door artsen komt neer op een vermindering van 5,6%. Er is geen bewijs gevonden voor een afname van het aantal ziekenhuisopnamen als gevolg van de invoering van de eigen bijdrage.

118
BIRCH, S.
Relationship between increasing prescription charges and consumption in groups not exempt from charges.
Journal of the Royal College of General Practitioners; 36, 1986, no. 4, p. 154-156, 14 lit.opgn.
nivel (c1597)

Sinds 1 april 1985 worden in de Britse National Health Service meer kosten aan de patiënt doorberekend. Dit betekent een voortzetting van het regeringsbeleid om iedereen, met uitzondering van een aantal bijzondere groepen, een steeds groter deel van de kosten van behandeling en medicatie te laten betalen (2 Engelse ponden per recept in 1985).
Verminderingen in het gebruik van de voorzieningen waarvoor kosten worden berekend, zouden in strijd zijn met de vastgestelde doelstellingen van de NHS. Een analyse van de gepubliceerde gegevens met betrekking tot uitgereikte recepten in de NHS laat zien dat dit beleid samenhangt met een aanzienlijke vermindering in het gebruik van geneesmiddelen op recept door mensen die niet tot de bijzondere groepen behoren. (vert.aut.ref.)

119
BROYLES, R.W., MANGA, P., BINDER, D.A., ANGUS, D.E., CHARETTE, A.
The use of physician services under a national health insurance scheme: an examination of the Canada Health Survey.
Medical Care; 21, 1983, no. 11, p. 1037-1054, 40 lit. opgn.
nivel

In hoeverre wordt het gebruik van medische voorzieningen bepaald door medische behoefte en sociaal-demografische kenmerken in plaats van economische overwegingen? Dit is onderzocht in een populatie van uitkeringsgerechtigden die verzekerd zijn onder het Canadese Medicare-programma. De data zijn afkomstig van de Canada Health Survey.
De analyse wijst uit dat het al dan niet gebruik maken van voorzieningen en het volume van de geconsumeerde artsenhulp, gemeten aan de hand van het aantal consulten, bepaald wordt door medische behoefte en door sociaal-demografische kenmerken, en niet door economische factoren. Deze conclusie sluit aan bij de opvatting dat het Medicare-programma heeft geresulteerd in een rechtvaardige verdeling van door artsen geleverde voorzieningen.

120
DOORSLAER, E. VAN.
The effects of cost sharing on the demand for prescription drugs in Belgium.
Acta Hospitalia; 24, 1984, no. 3, p. 69-81, 24 lit. opgn.
nivel (c1590) bru

Op 1 november 1980 is in België een nieuwe vergoedingsregeling voor farmaceutische produkten ingevoerd. Het vaste eigen risico voor patiënten is vervangen door een proportionele bijbetaling per medicijn die verschillend is voor vier therapeutische geneesmiddelencategorieën en voor twee groepen uitkeringsgerechtigden: Primaire Uitkeringsgerechtigden (PUG) en Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen met een inkomen boven een bepaalde grens (WIG75) enerzijds, en Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen met een inkomen beneden die grens (WIG100) anderzijds. Deze wijziging bracht aanzienlijke fluctuaties met zich mee in de tarieven die door patiënten worden betaald.
In dit artikel wordt geprobeerd door middel van een meervoudige regressie-analyse de invloed van deze prijsveranderingen op het

geneesmiddelengebruik te kwantificeren. De hypothese dat de geneesmiddelenconsumptie niet reageert op prijsveranderingen kon in de meeste gevallen worden verworpen. De berekende prijselasticiteit varieert van 0 tot -0.6, afhankelijk van gebruiker en medicijnencategorie. Het actieve deel van de verzekerde populatie (de PUG-groep) reageerde sterker op de prijsverandering dan het niet-actieve deel (de WIG-groepen). De consumptie van de niet-actieve verzekerden met een hoger inkomen (WIG75) gaf helemaal geen verandering te zien. Bij alle geanalyseerde geneesmiddelencategorieën trad een negatieve eigen-prijs-elasticiteit op. Het is niet duidelijk in hoeverre deze effecten toegeschreven kunnen worden aan een geringere geneigdheid om de huisarts te bezoeken of aan veranderingen in het voorschrijfgedrag van huisartsen. De prijsontwikkeling na de vergoedingswijziging verschaft echter geen aanwijzingen voor een grotere prijsconcurrentie tussen farmaceutische bedrijven of een toegenomen prijsbewustzijn bij voorschrijvende artsen. Dit werpt enige twijfel op de juistheid van het invoeren van eigen betalingen als middel om, naast het afschrikken van geneesmiddelengebruik, deze doelen te bereiken. (vert.aut.ref.)

121
EVANS, R.G.
The grass on our side is actually quite green...: health care funding in Canada.
Gezondheid & Samenleving; 6, 1985, no. 3, p. 245-255.
nivel

Een opvallend verschil in het verloop van de kostenontwikkeling in de Verenigde Staten en Canada ten aanzien van de gezondheidszorg is dat er in Canada sedert 1971 een stabilisering van de kosten is opgetreden. Dit hangt samen met een aantal financieringsmaatregelen in Canada in het begin van de jaren 70, zoals het instellen van een verplichte ziektekostenverzekering en de concentratie van planning en financiering in één (bestuurlijke) hand. Een en ander heeft ertoe geleid dat de patiënt zonder meerkosten directe toegang heeft tot alle relevante medische voorzieningen. Vandaar ook de populariteit van het systeem bij de bevolking en de steun vanuit de politiek. De enige oppositie komt van de zijde van de artsen(organisaties), en dit vanwege de daling van hun inkomens. Het is overigens de vraag of de kosten-

beheersing op den duur kan worden volgehouden mede ten gevolge van de technologische ontwikkelingen. Kostenstijging wordt evenwel geen onvermijdelijk bijprodukt van technologische vernieuwing genoemd. (nivel)

122
PACOLET, J., WOUTERS, R.
Gezins- en inkomensaspecten van de kostenbeheersing in de ziekteverzekering in België.
Acta Hospitalia; 26, 1986, no. 4, p. 5-19, 25 lit.opgn.
nivel (c1003) bru

Het systeem van remgelden (eigen bijdragen) dat in het Belgische ziektekostenverzekeringssteisel wordt gehanteerd, wordt afgewogen tegen het alternatief van franchise (eigen risico). De vraag is of remgelden doeltreffend zijn voor het voorkomen van oververzekering, zonder te vervallen in onderverzekering. Er wordt een overzicht gegeven van de relatie tussen inkomens- en gezinssituatie enerzijds en medische consumptie anderzijds. Afgesloten wordt met een voorstel tot invoering van een gemengd systeem van remgelden en franchise.
In de lagere inkomensgroepen prefereert men die vormen van zorg waar de absolute eigen bijdrage geringer is. De medische consumptie wordt door de hoogte en de aard van de eigen bijdrage dus wel in een bepaalde richting gekanaliseerd. Het remgeld blijkt hierbij selectief te kunnen werken. Het remgeld kan echter wel het gevaar van onderverzekering met zich meebrengen. Onder bepaalde voorwaarden kan dit met de franchise voorkomen worden. Franchise heeft echter het nadeel dat sommige volksgezondheidsdoelstellingen worden gefrustreerd, zoals de bescherming van de gehele bevolking tegen de lasten van het ziek zijn en de bevordering van de eerstelijnszorg.

123
ROCHEFORT, R.
La part de la dépense de santé à la charge des ménages: regard sur longue période et évolution récente.
Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales; 26, 1986, no. 2, p. 83-110, 3 lit.opgn.
nivel

Beschouwing over de tendens om de eigen bijdragen van de patiënt aan de kosten van de gezondheidszorg te vergroten. Hiervoor worden de in de afgelopen periode genomen maatregelen geanalyseerd alsook de directe en indirecte effecten ervan. De in Frankrijk sedert 1979 genomen maatregelen laten een duidelijke breuk zien met het beleid van de periode daarvoor. Wat de gevolgen van maatregelen aangaat lijkt met name de invloed ervan op de medische consumptie gering. Tevens wordt nog ingegaan op de effecten van tariefstijgingen en zelfmedicatie. Een en ander wordt geïllustreerd aan de hand van grafieken en tabellen.

124
ZWEIFEL, P.
Bonus systems in health insurance: a microeconomic analysis.
Health Policy; 7, 1987, no. 2, p. 273-288, 13 lit.opgn.
nivel

Geconfronteerd met de explosieve kostenstijging in de gezondheidszorgsector zijn beleidsmakers in de meeste geïndustrialiseerde landen zich gaan oriënteren op eigen betalingen in de ziektekostenverzekering als een mogelijke oplossing. Dit is een sanctie die wordt uitgedeeld aan gebruikers van medische zorg; het alternatief om positieve prikkels voor niet-gebruikers te creëren heeft tot nu toe maar weinig belangstelling ondervonden. Dit artikel brengt verslag uit van de ervaringen van Duitse particuliere ziektekostenverzekeraars met hun plannen om kortingen en no claim-bonussen aan te bieden. Gesteld wordt dat een korting vanuit het oogpunt van de consument misschien wel minstens zo aantrekkelijk is als conventionele regelingen voor eigen betalingen, omdat dergelijke nieuwe opties hem de mogelijkheid verschaffen zelf het tijdstip te bepalen waarop hij de financiële consequenties van een ziekte moet dragen. In het tweede deel van het artikel worden voorspellingen afgeleid met betrekking tot de stimulansen die zijn opgenomen in de plannen die zijn opgesteld door drie particuliere verzekeraars. In de kortings- en bonusplannen worden duidelijke bewijzen gevonden van een afname in de vraag naar ambulante medische zorg. Het artikel sluit af met een bespreking van de resultaten waarbij wordt gekeken naar het voortgaande debat over de hervorming van de sociale ziektekostenverzekering. (vert.aut.ref.)

Auteursregister

E

F

G

H

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

V

Trefwoordenregister

F

G

H

I

K

L

M

N

O

P

R

S

T

V

Verklaring van bibliotheekcodes

bru:
Bibliotheek der Rijksuniversiteit te Utrecht
Wittevrouwenstraat 7-11
Postbus 16007
3500 DA Utrecht
tel. 030-392600

eur:
Erasmus Universiteit Rotterdam
Medische Bibliotheek
Dr. Molewaterplein 50
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam
tel. 010-4087780

cbs:
Centraal Bureau voor de Statistiek
Hoofdafdeling Bibliotheek en Documentatie
Prinses Beatrixlaan 428
Postbus 959
2270 AZ Voorburg
tel. 070-694341

kub:
Katholieke Universiteit Brabant
Bibliotheek
Postbus 90153
5000 LE Tilburg
tel. 013-662146

nivel:
Bibliotheek NIVEL
Drieharingstraat 6-26
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
tel. 030-319946

WVC:

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Hoofdafdeling Documentatie en Bibliotheek
Sir Winston Churchillaan 362
Postbus 5406
2280 HK Rijswijk
tel. 070-949233

In deze serie zijn reeds verschenen:

Wijkverpleging/kruisvereniging. Samengesteld door R. Willemsen. Bibliografie jrg. 1, no. 1, 1986.

Ouderen (I). Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie jrg. 1, no. 2, 1986.

Ouderen (II). Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie jrg. 1, no. 3, 1986.

Relatie eerste en tweede lijn. Samengesteld door R. Willemsen. Bibliografie jrg. 1, no. 4, 1986.

De apotheker. Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie jrg. 1, no. 5, 1986.

Alternatieve geneeswijzen. Samengesteld door A. van der Velden. Bibliografie jrg. 1, no. 6, 1986.

Preventie en de eerstelijnsgezondheidszorg. Samengesteld door H. Kuijlen. Bibliografie jrg. 1, no. 7, 1986.

Communicatie (huis)arts-patiënt. Samengesteld door A.K. de Leeuw en A. Vos. Bibliografie jrg. 1, no. 8, 1986.

Zelfzorg en mantelzorg. Samengesteld door F. Wieman. Bibliografie jrg. 1, no. 9, 1986.

Methoden en technieken binnen gezondheidszorgonderzoek. Samengesteld door H. Kuijlen. Bibliografie jrg. 1, no. 10, 1986.

De fysiotherapeut. Samengesteld door K. Dijkhuis. Bibliografie jrg. 1, no. 11, 1986.

De Nederlandse verloskundige zorg. Samengesteld door A.K. de Leeuw. Bibliografie jrg. 1, no. 12, 1987.

Technology assessment. Samengesteld door P. van der Heijden. Bibliografie jrg. 2, no. 1, 1987.

Life events. Samengesteld door F. Wieman. Bibliografie jrg. 2, no. 2, 1987.

De diëtist. Samengesteld door K. Dijkhuis. Bibliografie jrg. 2, no. 3, 1987.

Logopedisten. Samengesteld door P. van der Heijden. Bibliografie jrg. 2, no. 4, 1987.